

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1955

1069 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

JACQUES LOUPIE

Né le 15 Septembre 1923 à Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe)



Présentée et soutenue publiquement le

LE RECRUTEMENT D'UN SANATORIUM RÉGIONAL

— Son évolution en l'espace de dix années —

Sanatorium François Gallouédec
PARIGNÉ-L'ÉVÊQUE (Sarthe)



Président : M. Étienne BERNARD, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques LOUPIE

Né le 15 Septembre 1923, à Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le

LE RECRUTEMENT D'UN SANATORIUM REGIONAL
SON EVOLUTION EN L'ESPACE DE DIX ANNEES .

(Sanatorium François Gallouédec

Parigné-l'Evêque. Sarthe)

Etude portant sur sept cents dossiers

Président : M. Etienne BERNARD, Professeur.

I 9 5 5

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H), Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombredanne, Sannié, Sézary, Tanon, Cadenat.

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N....
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N....
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (L.F.)
Cliniques { Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Chirurgicales { Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
{ Salpêtrière	N....
{ Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang ..	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques { Hôtel-Dieu.....	N....
Médicales { Bichat	N....
{ Cochin	MOREAU (R.)
{ Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-clima- tologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)



Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition
 Cliniques { Tarnier
 Obstétricales { Baudelocque
 Cliniques ophtalmologiques
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires
 Clinique psychiatrique infantile
 Clinique rhumatologique & sociale
 Clinique stomatologique
 Clinique thérapeutique chirurg..
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique urologique
 Embryologie
 Génétique médicale
 Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....
 Histologie
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Hygiène et Médecine Préventive
 Médecine du travail.....
 Médecine légale
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie humotale et immunologie expérimentale
 Pathologie médicale
 Pathologie & Thérapeutique génér..
 Pédiatrie sociale
 Pharmacologie et matière médicale
 Physico-chimie médicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Radiologie médicale
 Technique Chirurgicale
 Thérapeutique

BOULIN (R.)
 LANTUEJOUL (..)
 N....
 LACOMME (M.)
 VELTER (E.)
 AUBIN (A.)
 RICHET (C.)
 HEUYER (C.)
 COSTE (F.)
 DECHAUME (M.)
 SENEQUE (J.)
 LEMAIRE (A.)
 FEY (B.)
 GIROUD (A.)
 LAMY (M.)

N....
 N....

CATHALA (J.)
 JOANNON (C.)
 DESOILLE (H.)
 PIEDELIEVRE (R.)

GALLIARD (H.)
 MENEGAUX (G.)
 LAVIER (G.)

LENEGRE (J.)

MERKLEN (F.P.)
 BARIETY (M.)
 GARCIN (J.)
 MARIE (J.)
 HAZARD (R.)
 DOGNON (A.)
 BINET (L.)
 STROHL (A.)
 DESGREZ (H.)
 WOULONGUET (P.)
 TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES .

Anatomie

{ DELMAS (A.) pr.s.Ch.
 { DEBEYRE (J)
 { OLIVIER ()
 { N....

Anatomie pathologique

Gauthier-VILLARD (M^{le})
 p.s.ch.

Anatomie pathologique

{ BUSSER (F.)
{ GOUYGOU

Bactériologie

{ NEVOT (A.)
{ N...

Biochimie médicale

{ ETTORI (J.), pr s c
{ N...
{ N...

Biologie médicale
Dermato-Syphiligraphie
Embryologie

BOURLIERE (F.)
DUPERRAT (F.)
TUCHEMANN

Histologie

{ BULLIARD (H.) pr s c
{ N...
{ N...

Hydrologie
Hygiène

N
{ BOYER (J.) pr s ch
{ DEPARIS (M.) pr s ch

Maladies infectieuses

N...
{ DEROBERT (L.) pr s ch
{ GAULTIER (M.)
{ HADENGUE (A.)
{ N...

Médecine légale et du travail

Neurochirurgie
Neurologie

DAVID (M.)
N...
{ GRASSET (J.)
{ LEPAGE (F.)
{ MERGIER (R.)
{ MORIN (P.)
{ RAVINA (J.)
{ N...
{ N...

Obstétrique

Ophtalmologie

{ DESVIGNES (P.)
{ N...

Orthopédie
Oto-rhino-laryngologie

{ JUDET (R.)
{ AUBRY (M.)
{ MADURO (R.)

Parasitologie

{ CHABAUD (A.)
{ N...

Pathologie chirurgicale

{ ABOULKER (P.)
{ BAUMONN (J.)
{ GOSSET (J.)
{ LAURENCE (G.)
{ LORTAT-JACOB (J.)
{ OLIVIER (Cl)
{ POILLEUX (F.)
{ VERNE (J.M.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553821_0014

Pathologie chirurgicale

(N...
(N...
(N...
(N...
(N...
(N...
(N...
(N...

Pathologie expérimentale

(N...
(N...

Pathologie médicale

(BERNARD (J.)
(BOUDIN (G.)
(CASTAIGNE (P.)
(CONTE (M.)
(DOMART (A.)
(LAMOTTE (M.)
(LAROCHE (Cl.)
(MILLIEZ (P.)
(PEQUIGNOT (H.)
(PERRAULT (M.)
(RAMBERT (P.)
(THIEFFRY (St.)
(TURIAF (J.)
(N...
(N...
(N...
(N...
(N...
(N...
(N...

Pédiatrie

(JOSEPH (R.)
(N...
(N...

Pharmacologie

(CHEYMOL (J.) pr s ch
(LEVY (Melle) pr s ch

Physiologie

(BARJETON (D.) pr s ch
(PARROT (J.) pr s ch
(DEJOURS (P.)

Physique médicale

(DJOURNO (L.) pr s ch
(GOUGEROT (L.)

Pneumo-Phtisiologie

KREIS (B.)

Psychiatrie

N...

Psychiatrie infantile

MICHAUX (Z.)

Rhumatologie

N...

Stomatologie

(CHAPUT (Mme A.)
(CERNEA (P.)

Thérapeutique

N...

Urologie

KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(AMELINE (M.)	Clin.Médicale	(HAGUENAU (M.)
	(HUGUIER (J.)		(HAMBURGER (J.)
	(LEGER (L.)		(KOURILSKY (R.)
	(PADOVANI (P.)		(MARCHAL (G.)
	(PATEL (J.)		(SOULIE (E.)
	(ROUX (M.)		
Clinique médical	(RUDLER (JC)	Clin.Obstétric.	(ESCALLE (G.)
	(SICARD (A.)		(MAYER (M.)
			(VARANGOT (J.)
	(BROUET (G.)		
	(N...		(OFFRET (G.)
	(DECOURT (J.)		(RENARD (G.)
	(DREYFUS Gilbert	Clin.Urologique	
	(FAUVERT (R.)		COUVELAIRE (R.)

Secrétaire Général de la Faculté M. MOREL (J.)

Secrétaire Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur chargé de la direction ... M.le Docteur HAHN A

Conservateur M.le GOICHON

Bibliothécaires (Mlles DUMAITRE (P.)
(LAURENT (H.)
(LE NOIR G.
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a ar-
rêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune appro-
bation ni improbation.

A mon Père, le Docteur André L O U P I E

qui depuis près de trente-cinq ans se dévoue
à la Médecine de campagne.

Il a été mon premier Maître.

Qu'il trouve ici l'assurance de ma gratitude
et de mon profond attachement.

A la mémoire de ma Mère,

A Celle qui sut la remplacer avec une infinie bonté et
un admirable dévouement.

Qu'elle soit assurée de ma très vive affec-
tion filiale

A ma Femme,

En gage de mon amour.

A ma fille Françoise,

A mes Socurs et à mon Frère,

A mon cousin, le Docteur Pierre-François GANTIER.

M E I S E T A M I C I S

A. Monsieur le Professeur Etienne B E R N A R D

Professeur de la Clinique de la Tuberculose

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Commandeur de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
Thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur GUITTON

Médecin-Directeur du Sanatorium Fr.Gallouédec
Parigné-l'Evêque

qui a facilité et guidé nos recherches
pour cette thèse, en nous assurant de
son bienveillant appui.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jacques WEIL

Médecin Assistant de la Clinique de la Tubercu-
lose.

dont les conseils et l'amitié ont été
pour nous d'un précieux secours.

Qu'il soit ici vivement remercié.

A Monsieur le Docteur RABOURDIN

Médecin Phtisiologue Adjoint de l'Hôpital
du Mans

que nous tenons à remercier pour les
soins qu'il nous a prodigués et pour
son amical dévouement.

A Messieurs les Docteurs :

René COHEN

Médecin-Directeur du Sanatorium des Etudiants
de France à St-Hilaire-du-Touvet (Isère)

VIGUIE

Médecin-Conseil Chef de la Caisse Primaire
de Sécurité Sociale de la Sarthe

A nos amis, Messieurs les Docteurs :

Christian JUTEAU

Médecin-Adjoint du Sanatorium de
LA CHAPELLE DES POTS (Charente-Maritime)
en témoignage de notre vieille amitié

Pierre DUPUIS

Médecin-Adjoint du Sanatorium Fr.Gallouédec
Parigné-l'Evêque (Sarthe)

Pierre MAROT

Médecin-Adjoint du Sanatorium Fr.Gallouédec
Parigné-l'Evêque (Sarthe)

A MES MAITRES

DE L' ECOLE DE MEDECINE D' ANGERS

ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE RECRUTEMENT D'UN SANATORIUM REGIONAL
SON EVOLUTION EN L'ESPACE DE DIX ANNEES

(Etude portant sur sept cents dossiers)

I N T R O D U C T I O N

=====

Revenir seulement quelques années en arrière, sans même atteindre la décade, c'est cependant franchir une étape considérable dans le domaine de la Phtisiologie.

Ce bref retour dans le temps permet, en effet, d'assister à la naissance et à la mise en application de la thérapeutique spécifique antituberculeuse dont les trois principaux agents : streptomycine, P.A.S. et isoniazide apparaissent successivement en France au cours des années 1947, 1948 1952, pour conjuguer ensuite leurs effets. Parallèlement à ces découvertes thérapeutiques, un effort important se trouvait réalisé du point de vue social.

Ayant vécu nous-même cette époque en contact permanent avec les services de phtisiologie hospitaliers ou sanatoriaux, il nous a paru intéressant de rechercher dans quelle mesure cette évolution scientifique et sociale avait pu modifier la "clientèle" des Centres antituberculeux.

Pour limiter le sujet et rester " très pratique " esprit dans lequel nous nous proposons d'entreprendre ce travail, nous avons porté notre étude sur le recrutement d'un Sanatorium régional

Il s'agit du Sanatorium de PARIGNE-l'EVEQUE, ou Sanatorium François Gallouédec, du nom de son premier Médecin Directeur qui succomba à la tâche en 1945, après avoir active-

ment contribué à la création de cette maison en 1932 et à son bon renom.

Situé près du Mans, dans des bois de pins, le Sanatorium comprend deux cents lits répartis en nombre à peu près égal entre les hommes et les femmes ; un pavillon indépendant d'une cinquantaine de lits est réservé aux enfants de trois à quinze ans.

Il est actuellement dirigé par le Docteur GUITTON qui poursuit l'oeuvre de son prédécesseur. Il l'a assisté dès les débuts du sanatorium en tant que Médecin-Adjoint. Nous tenons à le remercier ici de nous avoir obligeamment confié les dossiers et archives du Sanatorium tout en guidant nos recherches.

Pour l'étude que nous nous sommes proposé de faire, nous avons cru bon de considérer deux lots de malades, simultanément hommes et femmes, le premier groupe étant choisi dans la période qui précède immédiatement l'ère de la mycothérapie antituberculeuse ; le second, parmi les malades récemment entrés.

Afin de posséder suffisamment d'éléments, chacun de ces groupes représente deux années sanatoriales, soit environ trois cent cinquante malades. L'étude porte donc sur un ensemble de sept cents dossiers

La streptomycine fut utilisée pour la première fois au Sanatorium en Avril 1948, mais certains entrants d'alors en avaient déjà reçu préalablement dans les centres hospitaliers parisiens. Aussi avons-nous étudié les dossiers des années 1946 et 1947. C'est à dessein que nous avons tenu à considérer les cas immédiatement antérieurs à l'application des antibiotiques. Nous désirions, par la proximité dans le temps des deux lots de malades étudiés, fausser le moins possible les données

de comparaison afin d'imputer les différences relevées aux seuls éléments étudiés.

Nous avons cherché, en particulier, à nous éloigner le plus possible de la période de la guerre qui modifia, évidemment, les conditions de recrutement de façon assez sensible. Nous nous sommes d'ailleurs efforcé d'éliminer les cas dûs à des circonstances exceptionnelles.

Par contre, le deuxième groupe a été choisi parmi les malades contemporains afin que la thérapeutique spécifique antituberculeuse ait pu jouer avec le plus grand recul possible depuis sa mise en application. La période considérée concerne donc les années 1954 et 1955. L'année 1954 nous semble, d'ailleurs, avoir marqué un tournant particulièrement accusé dans de nombreux problèmes de phthisiologie. Nous avons eu à maintes reprises l'occasion de le noter.

Toutefois, pour certaines de nos recherches où le nombre d'éléments s'avèrait insuffisant, nous avons dû "emprunter" aux années immédiatement voisines.

Comme l'indique le titre de notre étude, nous avons voulu en limiter le sujet aux problèmes posés par les "entrants au Sanatorium", cherchant les répercussions concrètes de l'évolution thérapeutique médico-chirurgicale et des mesures sociales.

Nous considérerons simultanément le recrutement masculin et féminin des adultes en notant les différences souvent très sensibles entre ces deux groupes. Enfin, pour ne pas étendre exagérément ce travail, nous avons dû laisser de côté la question des enfants.

Nous avons pensé pouvoir grouper les principaux des

C H A P I T R E I

=====

- LE RECRUTEMENT -

MOUVEMENT DES MALADES AU SANATORIUM

La première question considérée concerne, en voie logique, le nombre des malades entrant au Sanatorium.

Ce nombre est resté constant depuis la fondation de l'Etablissement puisque celui-ci a toujours fonctionné à effectif complet.

Cette assertion ne saurait cependant régler le problème pour lequel il faut naturellement considérer encore, et les délais d'admission, et l'étendue géographique du recrutement.

Or, il est certain que ces deux facteurs se sont modifiés d'une façon très sensible depuis les années 1946-1947.

En ce qui concerne les délais d'admission, il est ici essentiel de séparer les services hommes et femmes, le problème se posant très différemment suivant le sexe.

Le nombre de demandes en attente a sensiblement baissé pour les hommes au cours de ces dernières années : les trente à quarante dossiers ne pouvant être satisfaits en 1946 1947, sont tombés à une ou deux dizaines à peine, suivant les variations saisonnières.

Mais le phénomène est beaucoup plus accusé en ce qui concerne les femmes, où les demandes excèdent rarement aujourd'hui les possibilités du Sanatorium. (Il en est de même pour les enfants.)

Le recrutement géographique est également intéressant à considérer, les modifications dans ce domaine appuyant les précédentes constatations. Si l'on pratique en effet le bilan des années d'après-guerre, on peut dire qu'en général le département de la Sarthe fournissait approximativement les trois quarts du contingent pour les hommes et les trois cinquièmes pour les femmes. Dans les années qui suivent, les départements limitrophes fournissent progressivement davantage de malades.

Nous relevons les chiffres suivants :

Années	Provenance	Hommes	Femmes
1945	Département de la Sarthe	90	59
	Autres Départements	24	20
1946	Département de la Sarthe	80	66
	Autres Départements	24	36
1953	Département de la Sarthe	69	39
	Autres Départements	104	76
1954	Département de la Sarthe	43	32
	Autres Départements	100	92

En 1933, le Président de l'Association d'Hygiène Sociale de la Sarthe écrivait dans son compte-rendu moral :

" Il y a une chose qui me navre, c'est que le Sanatorium qui est dû à un bel élan de générosité des Sarthois ne pourra pas recevoir tous nos compatriotes qui en ont besoin et qui suffiraient, certes, à le remplir, et que nous soyons obligés d'y accepter pour un tiers au moins les malades d'autres Départements."

Les proportions sont aujourd'hui renversées : des é-

~~l'éléments étrangers~~ au Département doivent venir combler la carence des Sarthois qui ont tous le loisir de se soigner dans cette maison. Les temps ont changé !

Ces faits ne sont d'ailleurs pas particuliers au Sanatorium de Parigné-l'Évêque puisque bien des Etablissements, de femmes en particulier, ont à souffrir d'une crise assez sérieuse de recrutement. On compterait actuellement (d'après de toutes dernières statistiques), plus de deux mille lits vides en France .

Quelles sont les causes d'un tel état de fait ?

De semblables constatations paraissent, à première vue, fort encourageantes à l'égard de l'hygiène publique, la diminution des candidats au Sanatorium semblant logiquement liée à la régression de la tuberculose.

Toutefois, la réalité est moins simple. Il est bien certain que la mortalité tuberculeuse a diminué dans des proportions assez considérables depuis l'apparition des thérapeutiques spécifiques, mais il ne semble pas en être de même pour la morbidité. Les précisions sont difficiles à donner à ce sujet puisque la tuberculose, ce qui est sans doute fort regrettable du point de vue médical, n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. (Nous y reviendrons ultérieurement).

Les statistiques de 1954 concluent tout au plus à une "légère" diminution de la morbidité tuberculeuse.

Nous croyons cependant qu'il faut faire encore ici la distinction entre les hommes et les femmes pour lesquelles les statistiques mentionnées plus haut semblent un peu pessimistes. Peut-être y a t'il en fait moins de tuberculeuses que de tuberculeux ? Seraient-ce les conséquences de la dernière guerre avec les privations et les sévices endurés par les hommes dans les camps de prisonniers et de déportation ? Il est également plus que probable que les effets de l'alcoolisme ne

sont pas étrangers à cette constatation, le pourcentage d'intoxiqués atteignant davantage l'élément masculin que féminin.

Quoi qu'il en soit, même en accordant une certaine part d'erreur aux recherches statistiques sur la morbidité, celà paraît insuffisant pour expliquer exclusivement la raréfaction des recrues sanatoriales.

A notre avis, il faut adjoindre trois causes d'un tout autre ordre :

- la diminution de la gravité des cas et la cure plus aisée permettent à de nombreux malades de se soigner à domicile.

- la création d'importants centres de phtisiologie dans les hôpitaux généraux de province.

- la diminution des durées de cure sanatoriale.

Nous ne nous étendrons pas sur les deux premiers points, ne voulant pas soulever ici d'éventuelles controverses sur ces sujets souvent débattus. Qu'il nous soit cependant permis de dire que si nous reconnaissons de sérieux avantages à la cure à domicile qui permet d'éviter, en particulier les longues séparations au retentissement souvent fâcheux, elle nous semble pourtant être tributaire de plusieurs conditions essentielles en dehors desquelles on risque d'obtenir les résultats les plus décevants.

Il est indispensable, à notre avis, d'avoir affaire à un malade sérieux et discipliné, acceptant de plein gré les servitudes des soins et du repos. Rappelons à ce propos, l'exemple d'une de nos dernières entrantes dont le dossier d'admission mentionnait un traitement déjà notable reçu chez elle. Un interrogatoire un peu poussé nous apprit que la malade avait, en fait, poursuivi son travail et "oublié" les remèdes à prendre par voie buccale. Une telle inconscience est sans doute rare, mais des négligences moindres sont fréquentes qui

peuvent parfois compliquer notre tâche. D'autre part, une ambiance familiale propice doit favoriser la cure par le calme et l'absence de soucis matériels. Le praticien, enfin, osons le dire, doit être suffisamment "rôdé" aux difficultés de la phtisiologie.

Nous avouons, pour notre part, redouter le malade qui après avoir subi chez lui des traitements souvent incomplets et divers, arrive au Sanatorium avec un tableau clinique et psychologique peu favorable à des soins ultérieurs.

En dehors de l'intérêt personnel du malade, entrent en considération, bien entendu, les délicates questions de prophylaxie.

En ce qui concerne la cure en centre hospitalier, elle présente sans aucun doute l'avantage de la centralisation des soins (bien que certaines interventions exigent encore souvent le transfert des malades vers les Etablissements spécialisés).

L'existence, en outre, de services de phtisiologie actifs dans les hôpitaux des villes de Faculté est indispensable pour l'enseignement aux étudiants.

Dans un autre ordre d'idées, devant les difficultés de recrutement des tuberculeux, on peut penser qu'une reconversion éventuelle des lits serait plus aisée en hôpital.

Il faut toutefois reconnaître que celui-ci se trouve mal adapté aux cures très prolongées n'exigeant pas l'alitement complet. Les hôpitaux généraux sembleraient donc normalement réservés aux premiers soins et à l'aiguillage des malades vers les sanatoriums où tout est spécifiquement conçu pour leur permettre de supporter dans les meilleures conditions possibles, physiques et surtout morales, la longue épreuve du temps.

Des séjours hospitaliers de plusieurs années, le fait n'est pas rare dans certains centres, paraissent illogiques alors que les sanatoriums peuvent satisfaire aujourd'hui toutes les demandes.

En outre, les exigences de l'enseignement auxquelles nous faisons allusion ne peuvent pas être retenues pour les hôpitaux des petites villes.

Abordons maintenant le dernier point qui justifie, à nos yeux, plus ample développement : la diminution des durées de cures.

Cette troisième cause nous paraît avoir une incidence assez importante car l'évolution au cours de ces dernières années est ici sensible, comme nous allons le voir.

Si, en effet, l'on considère la cadence du renouvellement des malades, on constate qu'il y a une accélération assez nette lorsqu'on met en parallèle les années qui nous intéressent.

Nous notons :

Années	Nombre des Entrées de Malades		
	Hommes	Femmes	Total
1945	114	79	193
1946	104	102	206
1947	77	98	175

Alors que nous trouvons :

Années	Nombre des Malades Entrés		
	Hommes	Femmes	Total
1952	137	103	240
1953	173	115	288
1954	143	114	257

Si nous additionnons par trois années, nous trouvons:
 - pour le premier lot (1945-46-47).... 665 entrées
 - pour le second lot (1952-53-54).... 902 entrées

soit 240 entrées supplémentaires au bénéfice des trois dernières années. Ce chiffre atteint à peu près l'effectif d'une année, ce qui revient à dire que, en l'espace d'un an, le renouvellement des malades est d'un tiers plus rapide de nos jours qu'il y a dix ans.

Mais plus intéressant est de considérer directement les durées de séjour, afin d'éliminer les causes d'erreurs dûes au départ de certains pensionnaires du Sanatorium pour des raisons d'ordre extra-médical. Ces causes d'erreurs s'intègrent naturellement dans le compte précédent des mouvements de malades par années.

Nous avons relevé les durées de séjour de 170 malades hommes et de 104 malades femmes qui ont quitté l'établissement au cours des années 1947 et 1948. Nous avons opéré de même pour 100 malades hommes et 100 malades femmes sortis du Sanatorium depuis le début de 1954 jusqu'en Septembre 1955.

Nous obtenons les moyennes suivantes (déduction fai-

te des renvois par mesure disciplinaire)

MOYENNES DES DUREES DE SEJOURS		
Sexe	Années 1946 - 1947	Années 1954 - 1955
Hommes	15 mois	9 mois 20 jours
Femmes	14 mois 15 jours	11 mois 15 jours

Ce genre de statistiques risquant de comporter un certain arbitraire dû à de nombreuses causes, nous avons compté aussi, pour les mêmes malades, la proportion de ceux dont les durées de séjours ont atteint ou dépassé : 12 - 18 - 24 ou 36 mois.

Nous obtenons les chiffres suivants pour 100 malades par sexe et année :

Années	Sexe	12 mois	18 mois	24 mois	36 mois & +
1946-47	H	27	7	14	10
1954-55	H	23	12	2	0
1946-47	F	19	17	14	5
1954-55	F	28	10	10	6

De ces données, l'on peut déduire que la diminution des durées de séjours est nettement plus accusée pour les hommes que pour les femmes.

Cette constatation fait entrevoir le problème si difficile du reclassement qui nous paraît se poser en général avec plus d'acuité pour les femmes que pour les hommes. Celles-là, parfois privées de famille, de profession stable et malgré tout, dans l'ensemble, moins bien armées contre les difficultés de la vie, posent parfois des cas de conscience aux médecins responsables qui ne peuvent les libérer qu'en état de stabilisation très sûre.

Nous avons tenté de relever les principales raisons des cures prolongées. Il est bien certain que parmi les malades qui ont passé le cap des deux ans en Sanatorium, le motif premier est la gravité des lésions initiales qui, comme nous le verrons par la suite, ont tendance à se raréfier parmi les entrants actuels. Mais, ainsi que nous le pensions, nous avons trouvé que, à gravité initiale comparable, le grand responsable des cures prolongées d'autrefois était l'épanchement pleural consécutif à la perforation pleuro-pulmonaire entraînant la série interminable des ponctions, lavages, aspirations discontinues ou continues, puis parfois, la grande mutilation des plasties étendues, à l'époque où la décortication n'était pas encore pratiquée.

Sur 37 malades sortis en 1946-1947 après avoir passé plus de deux années consécutives en sanatorium, nous comptons 13 perforations pleuro-pulmonaires.

A l'heure où les épanchements pleuraux importants ont à peu près disparu, (nous en avons eu trois en 1954 sur deux cents malades environ), les cures très longues sont surtout le fait des chroniques graves maintenus en survie par l'antibiothérapie.

Il est probable, en outre, qu'au cours de ces derniers mois, une tendance se dessine pour engager à davantage de prudence avant d'accorder l'exeat.

concernant le Chapitre Premier.

Les problèmes abordés au cours de ce chapitre ont déjà fait l'objet de nombreuses recherches et publications d'auteurs autorisés.

Nous citerons certains passages de quelques-uns de ces ouvrages.

- Sur le Recrutement des Malades :

D.DOUADY et LARDANCHET, dans les Techniques Hospitalières N°81 1952, p.33-36, notaient déjà :

" L'époque actuelle se caractérise par le fait que
" les établissements de cures de notre pays sont assez près
" d'égaliser les besoins ". (p.33)

" Les organisateurs et les conseillers de l'arme-
" ment sanitaire français..., souscrivant pleinement aux direc-
" tives récemment exprimées par le Professeur Etienne Bernard,
" sont pleinement d'accord pour que l'on installe, afin de ré-
" pondre aux besoins urgents, des centres temporaires de cure
" ... Ils ne se dissimulent pas, d'ailleurs, que la décrue ré-
" gulière de la maladie de notre pays peut avoir pour consé-
" quence que l'établissement "survivra" à la maladie pour la-
" quelle il a été conçu. Le souci d'une reconversion éventuel-
"le doit entrer dans l'esprit de ceux qui déposent les program-
" mes de construction ". (p.36)

E.RIST, dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine N° II & I2 - 1955, p. 222-225, écrit notamment :

" Dans l'espace de huit années, de 1947 à 1955, les
" découvertes et les techniques se sont succédées à une caden-
" ce si rapide que la manière d'envisager le problème thérapeu-

" tique s'est complètement modifiée plusieurs fois de suite...
" Comme l'a fort bien dit notre collègue le Professeur Etienne
" Bernard, la phtisiothérapie est en période de mue... Certains
" voient déjà approcher le moment où la plupart de nos sanato -
" riums fermeront leurs portes pour les ouvrir à des cardiaques,
" à des rhumatisants ou à des cancéreux. C'est aller un peu vite
" en besogne. Nous ne savons pas jusqu'à quel point les guérisons
" obtenues par exérèse sous antibiotiques sont solides et défini-
" tives..."

" D'autre part, l'apparente facilité d'administration
" de l'isoniazide et du P.A.S. a incité nombre de praticiens à
" entreprendre à domicile le traitement de leurs tuberculeux,
" sans recourir à l'avis des phtisiologues et sans contrôles suf-
" fisants de laboratoires. Il en résulte trop souvent des guéri-
" sons incomplètes, des passages définitifs à la chronicité."

Et enfin, " Equiper en matériel et en personnel les
" services hospitaliers spécialisés des villes de Faculté, cen-
" tres d'études, de recherches et d'enseignement, est primordial.
" Mais il n'y a aucun intérêt à créer de tels centres dans les
" hôpitaux de petites villes où ne se font ni recherches ni en-
" seignement."

- Sur la mortalité et la morbidité

P.BOURGEOIS, dans Tuberculose Pulmonaire et Pleurale , Flammarion
Ed. p. 843.

E.RIST, toujours dans le Bulletin de l'Académie de Médecine
N° II & I2 - I955 - considère que :

" En fait, si la courbe de mortalité par tuberculose
" s'abaisse spectaculairement, la courbe de morbidité dont les
" facteurs sont d'ailleurs beaucoup plus difficiles à bien con-
" naître, est loin de s'abaisser à la même allure." p.224

- Sur la longueur des durées de traitements et de cures

Et.BERNARD, dans Acta Phtisiologica, I954, I2, I3-I9, écrit :

" Cette notion d'un traitement prolongé n'est pas
" encore partout accréditée, mais nous sommes persuadé qu'elle
" représente pour beaucoup de cas la formule d'avenir ".

Et. BERNARD, également, avec B. KREIS, J. CHRETIEN, JL. JULLIEN,
dans la Semaine des Hôpitaux N°6, 22 Janvier 1955, p.307-312,
insistent de nouveau sur la nécessité de cures médicamenteu-
ses prolongées et continues, et cela pour des raisons d'ordre
expérimental, d'ordre histo-bactériologique suivant la métho-
de des pièces d'exérèse, d'ordre clinique enfin. Les succès
bactériologiques et radiographiques sont très souvent sous
la dépendance de la durée du traitement.

-:-:-:-:-

C H A P I T R E I I =====

Comment nous parviennent les Malades

Les Modalités du Diagnostic

Bien que la découverte de la tuberculose soit exceptionnellement du ressort du médecin en sanatorium, il est extrêmement intéressant de connaître les circonstances qui ont amené le malade à être averti de son affection.

De la précocité du diagnostic dépendra, en effet, dans une très large mesure, la gravité des lésions et les possibilités de traitement.

Si nous schématisons un peu les faits, nous pouvons rattacher à trois causes principales les circonstances qui conduisent le malade à être dépisté :

- 1°- les signes généraux et fonctionnels, qu'ils soient aigus ou progressifs.
- 2°- l'hémoptysie.
- 3°- la visite systématique.

Nous avons donc cherché à établir les proportions respectives de ces trois sources de recrutement. Notre étude porte toujours sur la comparaison des années 1946-1947 d'une part, et 1954-1955 de l'autre, pour lesquelles nous avons considéré un groupe de 260 malades hommes et un autre de 260 malades femmes.

Nous avons dû nous limiter à ce nombre, contraint d'éliminer les cas où le diagnostic avait été posé trop antérieu-

rement au début de la cure sanatoriale, et qui, de ce fait, ne correspondaient plus aux années considérées. De même, nous n'avons pû tenir compte de quelques cas douteux.

	Mode de Recrutement.	Hommes		Femmes	
		46-47	54-55	46-47	54-55
<u>Signes Cliniques</u>	S.G.F.	77	62	85	80
	Hémoptyxies	27	22	31	27
		-----	-----	-----	-----
	Total ...	104	84	116	107
=====					
<u>Visites Systématiques</u>	Travail	6	28	5	9
	Prophylaxie	5	10	7	7
	Prénuptiale	3	0	1	1
	Militaire	12	8		
	Grossesse			1	6
		-----	-----	-----	-----
	Total ...	26	46	14	23
		====	====	====	====
	Soit en %...	20 %	39,6 %	11,8 %	17,7%
		=====	=====	=====	=====

Telles sont les données de nos recherches.

Ici, encore, il est évident que la question revêt un tout autre aspect suivant le sexe. Alors que le tableau donne des résultats très différents pour les hommes en l'espace de huit ans, les modifications sont beaucoup moins sensibles chez les femmes.

Nous voyons, en effet, que les signes fonctionnels et généraux occupent à l'heure actuelle une place encore très importante dans le diagnostic chez les femmes, alors qu'ils ont nettement tendance à la régression chez les hommes.

- Signes généraux et fonctionnels.

A leur propos, nous n'avons pas cherché à détailler. C'eut été nous engager dans une voie sans issue, l'imprécision des renseignements ne nous permettant pas de tirer des déductions valables.

" Signes d'imprégnation tuberculeuse "

Les interrogatoires notent toujours les mêmes signes dits "d'imprégnation tuberculeuse" et avant tout, la fatigue prononcée, l'anorexie, souvent suivies de douleurs, de train fébrile. Ce sont toujours les mêmes " gripes ", " bronchites " ou " rhumes trainants " dont la véritable cause est décelée encore trop tardivement, parfois.

" Episodes pulmonaires aigus. Pleurésies.

Ce sont aussi, bien que beaucoup plus rarement, les épisodes pulmonaires aigus dont la proportion à l'origine de la maladie ne semble pas avoir beaucoup varié.

La pleurésie occupe toujours une place importante, mais le dénombrement en reste difficile. Faut-il retenir, en effet, les " points de côté persistants ", les " pleurites " signalés par les malades ?

Autant que nous puissions le dire, la fréquence des pleurésies ne semble pas avoir vraiment varié au cours de ces huit dernières années.

- Autres accidents.

A l'origine du diagnostic, l'inventaire de nombreux dossiers permet de temps à autre, de rencontrer des accidents plus rares.

Sommairement, nous pouvons dire que si les tuberculoses intestinales et les adénopathies cervicales semblent très nettement en régression, les érythèmes noueux se trou-

vent en proportion constante et les tuberculoses uro-génitales paraissent sensiblement plus fréquentes.

Agents nouveaux dans le recrutement sanatorial se rencontrent, à partir de l'antibiothérapie, les convalescents des méningites tuberculeuses, des miliaires aiguës, ou des pneumonies caséeuses, autant d'affections autrefois fatales dont nous avons désormais à traiter parfois les séquelles.

Les images de miliaires ont en général complètement disparu quand nous parviennent ces sujets chez lesquels nous poursuivons néanmoins le traitement sous surveillance étroite.

Chez certains convalescents de méningites, nous notons, en particulier chez les enfants, quelques troubles psychiques qui rendent la réadaptation délicate.

Quant aux pneumonies caséeuses, leur " nettoyage " est souvent très incomplet ; les quelques sujets que nous avons vus étaient devenus des chroniques pratiquement incurables.

- Hémoptysie.

Peut-être pourra-t'on s'étonner que nous ayons tenu, dans notre tableau, à isoler l'hémoptysie des autres symptômes fonctionnels.

Cependant, cet accident a un caractère très particulier.

Il se présente souvent comme un agent d'alarme, parfois même très antérieur à l'apparition des autres éléments de diagnostic, signes radiologiques y compris.

Sur les 680 dossiers étudiés, nous relevons, en particulier :

<u>Noms</u>	<u>Dates</u> <u>du Dia-</u> <u>gnostic</u>	<u>Dates des</u> <u>Hémoptysiés</u>	<u>Renseigne-</u> <u>ments.</u>	<u>Délai entre Hémopty.</u> <u>& date du Diagnost.</u>
Mme G.	Avr. 53	I 939		I 4 ans
Mme M.	Mai 53	I 939		I 4 ans
Mme N.	Jan 53	I 940		I 3 ans
Mme J.	Nov. 53	Juil. I 952		1 an
Mme M.	Nov. 54	I 950		4 ans
Mr S.	Juin 46	I 941		5 ans
Mr T.	Mai 45	Fév. I 944	Rx = I.T.N.	1 an $\frac{1}{2}$
Mr L.	Mai 42	Mai I 941	Rx = I.T.N.	1 an
Mme B.	Avr. 42	(1ère I 930	Rx = I.T.N.	
		(2ème I 941		I 2 ans

D'un autre côté, par son caractère très "spectaculaire", l'hémoptysie retient beaucoup plus l'attention du malade et du médecin consulté que les trop banaux signes d'imprégnation tuberculeuse habituels.

L'hémoptysie précoce se montre souvent comme un épisode favorable puisqu'elle peut permettre un diagnostic relativement rapide.

Le nombre des hémoptysiés à l'origine du diagnostic paraît demeurer curieusement égal suivant les années et aussi suivant le sexe, puisque nous avons trouvé un rapport quasi-constant variant de 3,95 à 4,1 : autrement dit, un entrant sur quatre s'est trouvé dépisté du fait d'une hémoptysie.

- Visites Systématiques.

Avec les visites systématiques, nous abordons une question particulièrement intéressante, puisque le développement de tels examens traduit l'effort médico-social de ces dernières années.

Celui-ci n'est certainement pas vain, puisque, en moins d'une décade, on assiste sans conteste à une extension sensible du nombre des lésions détectées avant leurs manifestations cliniques.

Sous le terme "visites systématiques", nous avons été conduit à distinguer quatre types d'examens pour chaque sexe. En commun pour les hommes et les femmes :

- la visite du travail
- la visite prophylactique (personnelle ou familiale)
- l'examen prénuptial

Particulier aux hommes :

- le Conseil de Révision

Pour les femmes :

- les consultations pré et post-natales.

Les visites prophylactiques, paraissent en nombre à peu près constant dans les deux groupes d'années considérés. C'est le travail des Dispensaires Anti-tuberculeux déjà bien organisés avant guerre.

Les visites prénuptiales, n'accusent pas non plus de modifications appréciables.

L'adjonction obligatoire d'un contrôle radiologique lors de la visite prénuptiale remontant à 1946, il n'est pas

surprenant que nos chiffres se soient peu modifiés.

Considérée volontiers par les intéressés comme une simple formalité, cet examen s'avère parfois des plus utiles.

Nous relevons deux exemples particulièrement significatifs.

- M. L.B., fait l'objet de l'observation d'entrée suivante :

" lésions ulcero-caséuses bilatérales très étendues
" dépistées fortuitement à l'occasion d'un examen prénuptial
" Double collapsothérapie à tenter (nous sommes en Avril
" 1947) avec toutes les réserves de pronostic qui s'impo-
" sent". Ces réserves se justifiaient pleinement par la suite !

- Mlle E.S., décelée de la même façon en Avril 1953, présentait alors une infiltration importante et multi-excavée de la base gauche ; à droite, quelques images nodulaires. Cette atteinte exigea un séjour de deux années au Sanatorium et une exérèse du lobe inférieur gauche.

Ces deux sujets prétendaient se marier quelques jours plus tard !

Les visites médicales de l'armée. Ici, nos données sont faussées en raison de la guerre.

En effet, pour les années 1946-1947, sur 130 cas étudiés, nous avons relevé 11 visites de rapatriement, épisode accidentel.

En 1954-1955, la visite d'incorporation qui était de 1 unité en 1946-1947, retrouve des proportions plus normales. Elles représentent maintenant, dans les listes, le sixième des cas détectés systématiquement.

Les examens pré et post nataux, au contraire, prennent indéniablement un essor marqué. Nous trouvons maintenant six fois plus de cas détectés de cette façon qu'au cours des années 1946 et 1947.

Nous pensons que c'est là un résultat heureux des dispositions de la Sécurité Sociale et des Caisses d'Allocations Familiales qui ont rendu obligatoires les examens de surveillance médicale pendant la grossesse et les suites de couches.

Ces mesures présentent à notre avis, d'autant plus d'importance que nombre de mères, retenues au foyer par leurs obligations familiales, échappent à tous les autres examens systématiques périodiques, pratiquement réservés, jusqu'ici aux collectivités du travail. Cette absence de contrôle médical concernant les femmes " sans profession " est des plus regrettables, en particulier du point de vue de la prophylaxie des enfants en bas âge. Chez eux, en effet, se rencontrent les formes les plus graves de la tuberculose entraînant un indice encore élevé de la mortalité.

Les visites systématiques du travail, retiennent particulièrement notre attention.

Elles ont pris, sans aucun doute, des proportions non négligeables, du moins chez les hommes. On peut estimer en effet, que plus d'un cinquième de l'effectif masculin du Sanatorium en 1954 et 1955 a été décelé de cette façon alors que nous n'en comptons qu'à peine un sur vingt pour les années 1946 et 1947.

Mais, afin de se faire une idée plus exacte de ce phénomène, il est indispensable de tenir compte des diverses professions, l'efficacité de la visite du travail se révélant très variable selon l'emploi considéré.

Il nous semble légitime de ranger les diverses activités de nos entrants masculins en 1954-1955, sous cinq rubriques.

Nous obtenons ainsi le tableau suivant :

	V I L L E S		V I L L E S & B O U R G S		C A M P A G N E
	Ouvriers d'usines divers & SNCF.	Employés bureaux Fonctionnaires	Professions indépendantes Commerçants Artisans	Etudiants et Ecoliers	Ruraux
Visites Travail	19	6	0	2	0
	==	=	=	=	=
Autres Détections.	31	19	20	1	32
TOTAUX	<u>50</u>	<u>25</u>	<u>20</u>	<u>3</u>	<u>32</u>

ce tableau est également évocateur. Il saute aux yeux que les diverses professions ne sont pas également " favorisées ".

Ce sont, bien entendu, les entreprises importantes des secteurs privé ou public qui se trouvent le mieux équipées du point de vue contrôle médical du travail. Encore faut-il mentionner que les ouvriers, en général, (usines, S.N.C.F., bâtiment) bénéficient pour une plus large part des examens périodiques.

Ainsi, sur un total de cinquante ouvriers entrés en 1954-1955, nous notons dix-neuf détectés du travail, soit 38 %, c'est-à-dire encore que deux ouvriers sur cinq arrivant au sanatorium ont été arrêtés par une visite systéma-

tique du travail.

Déjà, les proportions ne sont plus que d'un pour quatre parmi les travailleurs de la deuxième catégorie groupant les employés de bureaux, et les divers fonctionnaires.

Malheureusement, la situation est toute autre en ce qui concerne les salariés isolés. Chez les ruraux, absence totale de contrôle médical, la visite d'incorporation militaire et la visite prénuptiale constituant les seules sources de détection. Sur trente-deux cultivateurs ou journaliers, nous ne trouvons pas un seul cas dépisté par une visite du travail.

Les proportions restent aussi éloquentes pour les professions indépendantes, commerçants et artisans. Sur vingt cas, nous n'en avons pas relevé un seul arrêté par un contrôle médical du travail.

Nous avons assimilé un peu arbitrairement les visites scolaires et universitaires à celles du travail. Nos cas, se limitant à trois, ne justifiaient pas une classification spéciale. Sur trois cas, deux relèvent de la visite systématique.

Si nous examinons maintenant les statistiques concernant les femmes entrées en 1954 et 1955, nous sommes frappé par le nombre restreint de diagnostics par visites du travail.

Bien qu'en hausse par rapport aux années 1946-1947, puisque, pour un même nombre de malades (130), nous passons de 3,8 % à 6,9 %, les chiffres demeurent cependant bien modestes. L'explication en est assez aisée car, abstraction faite des femmes sans profession qui représentent déjà un pourcentage assez important, nombre des salariées se trouvent isolées ayant pour employeurs des particuliers (domes-

tiques, lingères, couturières, etc .) Elles échappent de cette façon à toute médecine du travail, fait encore plus accusé à la campagne qu'à la ville.

Avant de terminer cette étude sur les visites systématiques, nous voulons signaler deux cas particuliers qui ont attiré notre attention.

L'équité conduit, en effet, à mentionner spécialement l'effort médical de la S.N.C.F. Sur six cheminots entrés au sanatorium au cours de 1954 et 1955, cinq avaient été décelés par une visite du travail. Ce nombre de cas trop limité n'autoriserait pas sans doute à tirer des conclusions générales, mais il nous a été maintes fois donné, en dehors de cette étude, de constater ce fait.

Pour ce qui est des instituteurs, au contraire, nous avons rencontré des cas assez décevants que nous pensons pouvoir attribuer à la rareté des examens systématiques. Les contrôles radiologiques n'ont lieu, dans l'enseignement, que tous les deux ans, laps de temps trop considérable à notre avis. Il nous semble pourtant que c'est une des professions qui justifierait la surveillance la plus étroite.

On peut être surpris que tel instituteur, M. H.M., après avoir présenté une pleurésie et repris son travail n'ait subi aucun examen radiologique pendant deux ans. Il est enfin arrêté par une visite systématique, mais il présente déjà des symptômes cliniques et des images radiologiques assez accusées. Il se montre, de plus, constamment bacillaire !

Telle autre, Melle M.D. se présente à l'examen radiologique de contrôle avec des lésions bilatérales très étendues. L'expectoration est fortement positive. L'examen précédent datait de deux ans.

Enfin, voici l'observation de l'examen d'entrée de Melle Y.R. :

" Signes d'imprégnation bacillaire, depuis Juin 1953. Se repose un mois en Août 1953 et reprend son travail " sans arrêt pendant l'année scolaire jusqu'en Juin 1954. " Nouveau fléchissement de l'état général avec apparition " de signes stéthacoustiques, qui entraînent enfin l'exa- " men radiologique : atteinte non homogène supérieure gau- " che ". Bacilloscopie heureusement négative.

Nous avons pu constater les conséquences fâcheuses de ce retard chez ces trois sujets sérieusement atteints, mais nous en ignorons les incidences sur les enfants qui leur étaient confiés!

En conclusion, nous pouvons dire que nous assistons à des progrès sensibles dans le domaine de la prophylaxie en général, et plus particulièrement du dépistage du travail. Mais que, somme toute, il reste encore beaucoup à faire puisque ce sont quand même les signes cliniques qui, pour une très large part, permettent de poser des diagnostics d'affections tuberculeuses, du moins en province et surtout chez les femmes.

Il est regrettable que les examens systématiques ne puissent encore atteindre, à l'heure actuelle, qu'une minorité de la population. Nous ne pouvons que souhaiter la poursuite et la généralisation d'un effort qui, à long terme, devrait permettre de saisir la majorité des atteintes bacillaires à une période relativement précoce.

Il n'en reste pas moins vrai que la visite systématique périodique ne saurait suffire. Dans les meilleures conditions, l'on ne peut concevoir la possibilité de plus de deux contrôles radiologiques par an, et encore est-ce beaucoup demander. Or, il est indéniable que certaines formes évoluant avec une grande rapidité peuvent déjà revêtir

un caractère sévère en l'espace de six mois ou plus.

Témoins, des deux observations :

- M. J.A.; passe une visite systématique du travail en Juin 1954 qui conclut à une image thoracique normale. Dix mois plus tard, il présente des signes cliniques suffisamment marqués pour qu'il se décide à se faire examiner. On découvre une atteinte bilatérale ulcérée, au pronostic déjà réservé.

- De même pour M. J.H.- Un examen passé en Juin 1954 s'est révélé " pratiquement normal " ; le repos pendant les vacances est cependant conseillé. En Octobre 1954, les lésions sont déjà sévères. A l'arrivée du malade au Sanatorium, dix mois plus tard, malgré un traitement antérieur très sérieux, ce sujet est considéré comme un "chronique difficilement curable".

Il en résulte que, parallèlement aux visites périodiques, vraisemblablement organisées par roulement sans tenir compte de l'état de santé apparent de l'employé, s'avèrent également utiles (sinon plus à notre avis), les examens de contrôle destinés aux sujets reprenant leur travail après une affection dont le diagnostic est resté incertain. Nous pensons particulièrement aux épisodes fébriles mal définis à formes pseudo-grippales ou bronchitiques, souvent mentionnés au début d'une atteinte tuberculeuse pulmonaire. Nous souhaitons vivement l'extension de ces mesures encore trop peu répandues.

ORGANISMES PAYEURS =====

Avant de clore ce chapitre relatif aux mesures sociales, nous nous arrêterons un court instant sur la question des Assurances-Maladies.

Le progrès est ici manifeste dans le sens de l'essor considérable pris par la Sécurité Sociale et de la simplification administrative qui en découle pour un très grand nombre d'assurés-sociaux.

Nous avons voulu vérifier numériquement ce fait, et avons recherché, parmi les entrants des années 1946 et 1954, quel était l'organisme payeur des frais de séjours pour 220 malades de chaque année considérée.

Voici comment se présentait la situation administrative de ces 440 entrants, hommes et femmes.

Organismes Payeurs	Année 1946	Année 1954
Assurances Sociales + Assistance médicale gratuite	69	3
Assurances sociales + Union Départementale Antituberculeuse	2	0
Assurances Sociales + Prévoyance S.N.C.F.	1	0
Assurances Sociales + Dispensaires	2	0
Assurances Sociales + Malades Payants	19	1
Assurances Sociales "Longue-Maladie"	3	164
		====
Assistance Médicale Gratuite	55	39
A Reporter	151	207

Organismes Payeurs	Année 1946	Année 1954
Reports	151	207
Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine	4	3
Prévoyance S.N.C.F.	11	6
Article 64 - Article 115 et Ai- de temporaire aux Déportés	16	1
Hospices divers	0	2
Assistance Publique	1	1
Malades Payants	37	0
	====	===
TOTAUX	220	220
	=====	=====

- PRINCIPAUX POURCENTAGES -

Organismes Payeurs	Année 1946	Année 1954
Assurances Sociales à 80 %	42,3 %	1,9 %
Assurances Sociales à 100 %	1,3 %	74,5 %
Payants totaux	16,8 %	Néant

Ce qui frappe le plus, c'est évidemment la proportion écrasante de bénéficiaires de l'Assurance "Longue-Maladie" en 1954. Les trois cas relevés en 1946 sont parmi les premiers assurés sociaux à avoir profité de ce taux de 100 % de remboursement nouvellement accordé alors.

Avec ce régime "longue-maladie", les trois ans de soins à 100 % étaient applicables aux Assurés-sociaux et à

leurs ayants-droit (Femme & enfants). Les trois ans expirés les Assurés-sociaux continuaient à bénéficier des soins à 100 %, au titre " Régime Invalidité " substitué à la " Longue-Maladie "; mais les Ayants-droit ne pouvaient plus obtenir de prise en charge.

Or, avec le nouveau régime, institué par différents règlements à dater du 1er Juillet 1955, la " Longue-Maladie " disparaît, mais la Tuberculose, sous toutes ses formes, reste prise en charge dans le cadre des " Maladies de Longue Durée ".

Les trois ans de soins à 100 % subsistent donc pour les Assurés et leurs Ayants-droit. Ces trois ans expirés, les Assurés eux-mêmes, devenant des invalides, ont toujours droit aux soins à 100 %, tandis que les Ayants-droit (Femme & Enfants), qui précédemment perdaient toute possibilité de remboursement de soins, obtiennent, depuis le 1er Juillet 1955, au-delà des trois ans, une prise en charge à 80 % sans limitation de durée, à condition toutefois que les droits administratifs restent ouverts. Autrement dit, il faut que l'assuré ouvrant droit aux prestations concernant ses Ayants-droit, continue à être un salarié cotisant pour 120 heures de travail au moins par trimestre.

Ces toutes récentes réformes sont appelées à favoriser encore la situation matérielle de nombreux malades qui, n'étant pas assurés eux-mêmes, perdaient tout droit aux prestations au-delà de trois ans de maladie.

Si nous calculons d'après notre tableau précédent, pour 1946 d'une part, et pour 1954 d'autre part, le nombre d'entrants pris en charge par des organismes payeurs autres que la Sécurité Sociale, nous obtenons des chiffres tout aussi évocateurs :

- En 1946 = 124 sur 220 entrants, soit un peu plus de
=== la moitié.

- En 1954 = 52 sur 220 entrants, soit un peu moins
du quart.

Notons enfin la disparition quasi-totale des "Malades Payants" dans cet établissement faisant office de Sanatorium Public. Certains "malades payants totaux" ne peuvent plus se soigner en maisons de cures, les prix de journées, bien que scrupuleusement calculés, constituant une charge de plus en plus onéreuse pour un budget personnel ou familial.

A ce propos, nous ouvrirons une parenthèse sur la situation souvent très précaire des travailleurs indépendants et en particulier des petits commerçants, artisans, ou patrons de modestes entreprises. N'étant pas salariés et se trouvant par surcroît propriétaires, ils ne bénéficient ni des prestations de Sécurité Sociale, ni de l'Assistance Médicale Gratuite. Pour eux, devenir tuberculeux représente :

- la cessation de leur travail qui est souvent synonyme de perte de la clientèle pour l'avenir, et toujours d'absence totale de gain pendant toute la durée de l'affection.

- l'obligation de payer intégralement ou pour une large part, des frais élevés de séjour en sanatorium ou des soins à domicile souvent très coûteux.

On comprend que dans ces conditions, ils hésitent longuement avant de se soigner et ne s'y résolvent qu'à la dernière extrémité.

C'est ainsi que nous voyons arriver parfois dans un état pulmonaire des plus graves des malades de cette

catégorie.

Tel est le cas de deux de nos dernières entrantes, une hôtelière (propriétaire d'un établissement modeste), et une bouchère, qui sont toutes deux des bilatérales étendues et incurables.

-:-:-:-:-

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES
concernant le Chapitre Deuxième

- Sur le dépistage précoce et l'examen radiologique systématique.

Notre étude sur ce problème du dépistage est très parcellaire puisqu'elle se borne à dénombrer et à classer, parmi les malades entrés au Sanatorium de Parigné-l'Evêque au cours des années 1946-1947 et 1954-1955, ceux qui ont été dépistés de cette manière.

Ce sujet très important a fait l'objet de nombreux travaux que nous rappellerons sommairement ici.

Et. BERNARD, dans le Bulletin de l'Académie de Médecine, 1953 p; 282-287, estime que :

" ... le dépistage précoce suivi d'un traitement immédiat est plus que jamais un impératif de la lutte antituberculeuse."

" Ce dépistage précoce est réalisé surtout grâce aux examens radiologiques systématiques des collectivités. Dans certains groupements ce dépistage est déjà fortement poussé. Il en est ainsi en Médecine Universitaire (40 p.100 de dépistés par examens systématiques dans la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France"). Dans le tout venant de la clientèle hospitalière ce pourcentage atteint à peine 15 p. 100. Il existe encore de multiples catégories de la population qui échappent aux examens radiologiques systématiques. Cette forme si productive du dépistage requiert donc encore de grands progrès."

M. BARIETY, dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine N° 11 & 12 - 1955, p.225-227, étudie le rôle du dépistage systématique dans la lutte antituberculeuse et le traitement de la maladie tuberculeuse."

L'auteur estime, comme le Professeur Etienne Bernard, que " s'il est une vérité solidement établie, c'est l'importance du dépistage systématique dans la lutte antituberculeuse " et l'irremplaçable valeur des méthodes radiologiques pour le " faire."

Selon lui, deux raisons justifient ce rôle éminent; la fréquence des cas dans lesquels la lésion précède les symptômes, et une raison d'ordre thérapeutique : plus tôt le malade est dépisté, plus tôt il est guéri à moins de frais et avec une meilleure récupération ultérieure. L'auteur envisage deux modalités de dépistage :

- " le dépistage occasionnel ou orienté
- " le dépistage indiscriminé, dit "de masse", qui s'adresse indistinctement au tout venant des sujets présumés sains, dans une collectivité plus ou moins vaste." (p.225)

Une seule objection contre le dépistage : son prix de revient.

" Le dépistage est particulièrement nécessaire dans les régions à forte morbidité tuberculeuse", en particulier dans les régions rurales.

M. BARIETY et CH. COURY : Le dépistage systématique radiologique des affections du thorax (Son principe, ses modalités, son rendement) Masson Ed. Paris 1952.

G. POIX, M. BARIETY, J. BENETAUD-GIRARDOT, dans la Presse Médicale N° 65 - 1948 " estiment avec Jacques Arnand et Et. Bernard " que ce qui importe beaucoup plus que les examens annuels, " c'est l'examen des sujets dès qu'ils présentent le moindre " symptôme d'alarme. Les examens systématiques restent indiqués " ... en général dans toutes les collectivités qui ne bénéficient pas d'un service de médecine du travail." p.778.

H. BROCARD, dans Principes et application actuelle du dépistage de la tuberculose pulmonaire - Revue du Praticien N° 2 - 1955 -

" Les statistiques hospitalières et sanatoriales expriment aussi, du moins les plus récentes, la proportion de tuberculoses découvertes par dépistage systématique.

" Even en 1944 considérait cette proportion comme minimale, 2 % seulement de ses malades, et estimait que l'apport des examens systématiques était infime, disproportionné aux efforts et aux dépenses nécessités par ce dépistage.

" Brouet, Coury et Ioannou trouvaient un chiffre plus important, 14,4 % de tuberculoses découvertes par dépistage systématique, mais ils notaient que 3,2 % seulement étaient des dépistages réels, tandis que 11,2 % étaient des dépistages apparents, les sujets ayant en réalité des symptômes qui auraient dû les faire consulter. Dans la statistique que nous avons publiée avec Grivau et Basset, le chiffre de tuberculoses amenées à l'hôpital par dépistage systématique s'élevait à 18,9 % avec 14,5 % de dépistages vrais. Depuis, cette proportion a encore augmenté : sur 1.116 tuberculeux nouveaux entrés dans notre service depuis le début de 1953, 390, soit 35 % y étaient amenés par des dépistages systématiques, et pour 284, soit 24,3 % de l'ensemble des malades, il s'agissait de dépistage vrai." p. 112.

Et. BERNARD, avec E. HAUTEFEUILLE et D. BERNARD : Quelle conduite à tenir à l'égard des lésions tuberculeuses minimales du poumon ? Presse Médicale 11 Juillet 1953 - 1001-1002.

Et. BERNARD, avec E. HAUTEFEUILLE et D. BERNARD : Eléments de Pronostic des lésions tuberculeuses minimales du poumon - Revue de la Tuberculose 17 - 1953 - 651-660.

C H A P I T R E I I I =====

L' ETAT MEDICAL DES ENTRANTS -

Il nous a semblé intéressant, comme préliminaire à cette étude, de rechercher si l'âge moyen des entrants avait varié en l'espace de sept ans.

Pour ce faire, et afin d'éliminer dans la mesure du possible les causes d'erreurs dûes au hasard, nous avons procédé à un double classement. L'un est obtenu en répartissant les malades entre quatre catégories d'âges et en établissant le total de chaque groupe ; l'autre, en calculant pour ces mêmes sujets la moyenne générale des âges.

Nos résultats n'accusent pas de modification très sensible. Cependant, comme semblent l'indiquer les chiffres suivants, une tendance se dessine pourtant en faveur de l'augmentation de l'âge moyen des entrants, surtout chez les hommes où les malades âgés sont nettement plus nombreux actuellement qu'en 1947. Dans l'ensemble, d'ailleurs, les hommes sont plus âgés que les femmes.

Voici ce que nous ont donné nos recherches sur un ensemble de 600 malades, répartis en quatre groupes égaux de 150 entrants par couple d'années considéré et par sexe:

Voir tableau page suivante

Sexe	Années	A G E S (par années)			
		15 à 22	23 à 30	31 à 45	Au-de- là 45
Hommes	I946-I947	32	64	43	II
Hommes	I954-I955	36	41	48	25
Femmes	I946-I947	53	50	38	9
Femmes	I954-I955	50	50	40	10

Calcul de l'âge moyen pour ces mêmes malades :

Sexe	Années	Age Moyen	Différence
Hommes	I946-I947	29 Ans 6 mois	
Hommes	I954-I955	32 Ans	 + 2 ans 6 mois
Femmes	I946-I947	27 Ans 5 mois	
Femmes	I954-I955	28 Ans 8 mois	 + 1 an 3 mois

.....

Avant d'aborder le problème délicat de la classification des "cas cliniques", nous nous arrêterons quelque peu sur

les examens bactériologiques d'entrée.

S'il est un domaine où l'on assiste à une évolution spectaculaire, c'est bien celui-là.

Il suffit, en effet, de feuilleter rapidement le carnet de laboratoire des deux dernières années pour voir disparaître la majorité des croix rouges d'antan et se substituer à elles des traits bleus non moins caractéristiques.

C'est donc que l'on assiste à une raréfaction des entrants positifs, alors que ces derniers formaient la grosse majorité des recrues antérieurement.

Nous avons voulu chiffrer cette impression d'ensemble qui, de ce fait, s'est trouvée confirmée.

: Années :	: Examens :	: Positifs :	: Examens :	: Négatifs :
: I946-I947 :	: Hommes :	: I32 :	: Hommes :	: 38 :
: :	: Femmes :	: II3 :	: Femmes :	: 57 :
: :	: Total :	: 245 =72% :	: Total :	: 95=28% :
: ----- :	: ----- :	: ===== :	: ----- :	: ===== :
: I954-I955 :	: Hommes :	: 70 :	: Hommes :	: I00 :
: :	: Femmes :	: 59 :	: Femmes :	: III :
: :	: Total :	: I29=37,9% :	: Total :	: 2II=62,1% :
: ----- :	: ----- :	: ===== :	: ----- :	: ===== :
: Nota :	: Chaque groupe d'années comprend 340 entrants. :			: :

Les chiffres sont éloquentes puisque, en l'espace de huit ans, l'on assiste presque à une inversion des rapports

- En 1946-1947 : 245 positifs pour 95 négatifs ;
- En 1954-1955 : 129 positifs pour 211 négatifs .

En réalité, la différence est encore plus accusée qu'elle n'apparaît dans ces chiffres, car les examens actuels de laboratoire sont plus poussés qu'en 1946 : tubages pratiqués systématiquement en l'absence d'expectoration, et, en cas de négativité, contrôle par cultures et cobayes, précautions souvent omises alors.

Notons une remarque peut-être due au hasard ici ; nous trouvons en 1946 comme en 1955 moins d'entrantes positives que d'entrants positifs. Faut-il en déduire une gravité moindre parmi nos recrues féminines ? Comme nous le verrons plus tard, ceci ne se trouve pas confirmé par nos autres recherches qui montrent au contraire un équilibre assez notoire entre hommes et femmes. Faut-il y voir plutôt une corrélation avec l'usage du tabac ou autre cause secondaire ?

Toutefois, ce serait se faire illusion complète que de tenter d'établir une correspondance, même assez approximative, entre cette raréfaction des examens positifs et une régression proportionnelle de la gravité des cas.

Cette dissociation s'explique. La plupart de nos entrants ne nous parviennent qu'après avoir subi un traitement antibiotique souvent important dont la première action consiste fréquemment à négativer les analyses. Certes, les malades très gravement atteints restent généralement positifs, mais en dehors de cette catégorie l'on ne voit guère de parallélisme entre l'aspect pulmonaire et les

données de l'examen bactériologique.

Tel malade, aux lésions largement ulcérées, s'avère négatif ; tel autre radiologiquement guéri, présente des tubages régulièrement positifs en dépit de la poursuite du traitement médicamenteux. Des coupes tomographiques très rapprochées, des examens bronchologiques répétés ne permettent pas, dans de semblables cas, de situer la source des bacilles.

De même, le traitement achevé, les analyses peuvent redevenir positives, d'où ces surprises désagréables qui attendent parfois le malade lorsque la sortie est déjà envisagée.

Tentative de Classification Générale suivant la gravité des cas.

Vouloir établir une comparaison de l'état pulmonaire de nombreux malades représente une entreprise ardue.

Chaque cas possède, en effet, une individualité propre qui ne peut s'adapter sans déformation aux schématisations nécessaires.

S'il est des images radiologiques assez simples et typiques, il en est de plus nombreuses fort complexes et difficiles à étiqueter dans des catégories en nombre obligatoirement limité. Cela ne constitue d'ailleurs pas le seul élément déterminant de la maladie.

Pour formuler un pronostic, il est indispensable de tenir compte de tout un ensemble strictement particulier à chaque patient : l'état général, le terrain et aussi les affections concomitantes. Il faudrait même,.... pour être tout-à-fait scrupuleux, retenir le facteur psychologique de chacun !

Et pourtant, la compulsion de centaines de dossiers laisse l'impression d'une uniformité monotone dont il semble parfois peu aisé de dégager les variantes.

D'un autre côté, la difficulté de classification se trouve encore accrue par le fait de l'appréciation personnelle du statisticien qui intervient obligatoirement pour juger des gravités respectives. Nous avons tenté de rester aussi objectif que possible. Ainsi, pour chacun des 680 dossiers consultés, nous nous sommes basé sur :

- les clichés radiographiques et tomographiques
- l'observation générale d'entrée (état du terrain, affections concomitantes, etc.)
- les appréciations médicales :

du compte-rendu d'entrée

du fichier d'admission

A ce propos, nous avons eu maintes fois l'occasion de déplorer le laconisme des questionnaires de demandes d'admissions. Ces feuilles volantes, souvent rédigées de façon sommaire et parfois peu lisibles, ne permettent pas de se faire une juste idée de l'évolution de la maladie et de connaître avec précision le traitement appliqué jusqu'à l'entrée au Sanatorium. Cette lacune revêt une importance accrue depuis la pratique courante des traitements par antibiotiques et P.A.S. qui ne sauraient être conduits au hasard.

Or, il nous arrive trop fréquemment d'être incapable de "faire le point" de l'histoire clinique et des doses médicamenteuses chez les entrants, surtout lorsqu'il s'agit d'atteintes déjà anciennes existant chez des sujets négligents ou peu avisés.

Obtenir du patient le nombre de perfusions de P.A.S.

déjà reçues s'avère généralement assez facile. Il sera plus délicat de lui faire préciser la quantité et la fréquence des injections de streptomycine. Quant à connaître, même approximativement, les doses de médicaments administrés par voie buccale, c'est du domaine de l'impossible... quand encore n'intervient pas la présentation en suppositoires !

Il est très regrettable que dans bien des cas, seuls les dires d'un malade incompetent doivent servir de base à l'établissement d'une thérapeutique d'importance majeure.

Nous n'ignorons pas que, par l'Article 30 du décret du 24 Mai 1948, le dossier d'admission doit comporter :

- une fiche de renseignements d'ordre social établie par un Dispensaire Antituberculeux.
- une fiche médicale, dûment remplie, complétée à l'entrée du malade par une observation médicale accompagnée des clichés radiographiques effectués.

Mais si, dans la pratique, les imprimés existent en général, ils ne sont jamais "dûment remplis" ! Quant aux clichés radiographiques, ils manquent souvent.

C'est pourquoi nous souhaiterions vivement, pour notre part, l'existence d'un carnet de soins établi par le médecin traitant à l'issue de toute thérapeutique de cet ordre. L'adjonction à ce carnet de radiographies de première importance (par exemple celle du diagnostic et la dernière en date avant l'admission au Sanatorium), permettrait de juger des résultats obtenus antérieurement.

Une telle réalisation nous paraît devoir être intimement liée au principe de la déclaration obligatoire de la tuberculose qui :

- faciliterait la délivrance et le contrôle de ces carnets.

- permettrait également l'établissement de statistiques précises dont nous avons noté la déficience au Chapitre Premier.

Après cette parenthèse assez longue, mais à laquelle nous portons un intérêt particulier, nous indiquerons les trois rubriques sous lesquelles nous avons tenté de ranger les entrants :

- Cas bons et moyens.
- Cas sévères.
- Cas graves et très graves.

Afin de permettre au lecteur de se faire une idée assez précise de notre critère de discrimination, nous avons établi, à titre indicatif, un tableau où nous avons classé quelques cas-types susceptibles de figurer sous chaque rubrique. Il est bien évident que par un tableau aussi sommaire, nous n'avons nullement la prétention de prévoir tous les cas possibles. Nous le destinons simplement à établir le rapport qu'il peut y avoir entre la classification et les faits.

Nota : Le traitement par antibiotiques préalablement subi par de nombreux entrants des années 1954 et 1955 a une incidence sur la répartition suivante.

Par exemple, une caverne n'ayant pas réagi à un traitement important sera tenue pour plus grave qu'une lésion similaire non encore traitée.

Tableau page suivante.

TABLEAU SYNOPTIQUE de quelques CAS-TYPES servant de guides
pour la CLASSIFICATION MEDICALE DES ENTRANTS.

Cas ASSEZ BONS	Cas SEVERES	Cas GRAVES
Malades n'ayant pas reçu de traitement antérieur.		
Infiltration assez limitée moins de 1/4 de la surf.pulmonaire	Infiltration importante env.1/2 de la surf. pulmonaire totale	Infiltration très étendue + ou - excavée
Avec ou non : cavernule ou caveme importance moyenne	Avec ou non : caverne assez impor tante ou +sieurs ca vernes(ême région)	Avec ou non : vaste caverne ou multiples cavernes en +sieurs régions
Malades ayant déjà subi un traitement		
- Bons PNO ou PNO bridé, section assez aisée	Caverne s/s PNO bri dé, section diffici le	Caverne s/s PNO très partiel
- Bonne thoraco.avec ou non infiltration limitée s/s jacente	Thoracoplastie avec infiltration s/s ja cente + lésions c.l.	Thoracoplastie avec caverne importante s/s jacente ou c.l.
- Epanchement séreux d'un PNO	Petite perforation épanchement purulent	Pyothorax important
Malades pour lesquels un traitement reste à envisager		
- C.V. bonne Intervention au pro nostic favorable	- C.V. moins de 2 l. Intervention au pro nostic + douteux	- C.V. réduite Intervention aléa toire.
..... ETAT GENERAL BON		
..... Etat GENERAL MEDIOCRE		



D'après ces données, nous obtenons les résultats suivants pour l'ensemble des 680 dossiers étudiés :

Années	Sexe	Effectif	Assez bons cas	Cas sévères	Cas graves
1946-1947	Hommes	170	70	62	38
	Femmes	170	65	60	45
Totaux		340	135	122	83
Pourcentages ...			39,7 %	35,8 %	24,4 %
			=====	=====	=====
1954-1955	Hommes	170	102	44	24
	Femmes	170	110	36	24
Totaux		340	212	80	48
Pourcentages ...			62,3 %	23,5 %	14,2 %
			=====	=====	=====

Nous ne pouvons que constater ici une très sensible amélioration : excédent actuel d'assez bons cas, et régression nette des cas sévères et très graves.

Ces indications, toutefois, nous le répètons, ne peuvent être retenues que pour donner une impression d'ensemble.

Autre Classification .

C'est pourquoi, tout en maintenant la notion de gravité mise en évidence par ce classement sommaire, nous avons cherché à mieux circonscrire le problème. Nous avons groupé les entrants en fonction des possibilités thérapeutiques offertes par chacun d'eux.

Nous restions ainsi dans un domaine aussi " pratique " que possible, qui présentait pour nous un intérêt tout particulier, celui de dégager les moyens d'action du médecin en sanatorium à l'égard des malades arrivant dans son établissement.

Cette étude comparative porte toujours sur deux groupes de 340 malades chacun, l'un intéressant les années 1946 et 1947, l'autre les années 1954 et 1955. Nous avons séparé également les hommes des femmes afin d'obtenir une plus grande précision dans nos résultats.

Nous avons été amené à distinguer les cinq catégories suivantes :

- 1°. Malades récents ou relativement récents, arrivant au Sanatorium sans aucun traitement préalable, et justiciables d'une thérapeutique active.

- 2°. Malades ayant reçu, avant leur entrée au Sanatorium, un traitement important resté inefficace, mais pour qui subsiste une possibilité de traitement actif d'un autre ordre.

- 3°- Malades chez qui un traitement actif antérieur a échoué, et pour lesquels les ressources thérapeutiques sont très limitées. " Chroniques difficilement curables ".

- 4°. Malades porteurs de pneumothorax thérapeutiques intra-pleuraux et extra-pleuraux, ainsi que de pneumopéritonées créés antérieurement à l'entrée au Sanatorium.

- 5°. Malades arrivant au Sanatorium après avoir reçu un traitement important, et qui se trouvent en bonne voie de guérison : Cure sanatoriale de consolidation.

Après cet énoncé de la nomenclature des cas, nous



nous proposons d'étudier séparément chacune des cinq catégories précitées.

I/. Malades récents non ou peu traités, pouvant bénéficier d'une thérapeutique active.

Nous considérons en premier lieu cette catégorie d'entrants, car elle représente, sans contredit, l'élément le plus intéressant pour le médecin en Sanatorium. Ce sont des sujets offrant un terrain neuf, vierge de tout traitement, et par conséquent, laissant une liberté d'action aussi entière que possible dans l'établissement de la thérapeutique.

Le degré de gravité des lésions intervient évidemment beaucoup, et les meilleures recrues se trouvent figurer sous les deux premières rubriques de notre classification générale c'est-à-dire, les cas assez bons ainsi que certains cas sévères. C'est précisément l'entrant aux lésions de gravité moyenne non traitées préalablement qui constitue à nos yeux ce que l'on peut appeler le "beau malade", autrement dit, le patient posant un problème thérapeutique d'autant plus intéressant que, sur ce "terrain neuf", il est permis de préjuger favorablement du succès des traitements ultérieurs. Ainsi, l'entrant, récemment dépisté, présentant une caverne du sommet de moyenne importance figurera dans cette catégorie.

Mais nous devons constater, et ce avec regret, que des cas semblables se font plus rares actuellement.

Avant l'ère des antibiotiques spécifiques, le malade qui attendait son admission en Sanatorium était le plus souvent soumis au simple repos pendant ce laps de temps. Il demeurerait donc un malade "neuf" à son entrée en maison de cure. De nos jours, dès le diagnostic établi, le traitement est institué et... parfois longtemps maintenu avant que le patient ne soit dirigé vers le Sanatorium.



C'est ainsi que pour les années 1954 et 1955, sur un lot de 130 entrants masculins, nous ne relevons que 17 malades n'ayant reçu que des doses insignifiantes d'antibiotiques. Ce nombre déjà minime, se réduit à 4 si l'on ne retient que les entrants réellement neufs.

Mêmes proportions chez les femmes où nous notons, sur 130 arrivantes, 19 malades peu traitées parmi lesquelles 6 seulement n'ont été soumises qu'au repos.

Autant dire que le "malade neuf" n'existe plus en Sanatorium.

Pour établir notre liste des entrants récents non traités avant leur cure sanatoriale, nous avons donc été contraint d'y incorporer pour 1954 et 1955, les sujets n'ayant reçu que de faibles doses d'antibiotiques pratiquement négligeables.

Années	Sexe	Assez Bons	Cas	Cas Sévères	Cas Graves
1946-47	Hommes	40	21	13	
	Femmes	40	22	13	
1954-55	Hommes	32	9	7	
	Femmes	38	7	7	

Nous constatons que dans la catégorie des entrants qui présentent des lésions de moyenne importance, les chiffres restent très voisins lorsque l'on compare les années 1946-1947 aux années 1954-1955.

Nous trouvons, en effet, respectivement :

- en 1946-47 : 40 hommes pour 32 en 1954-55
- en 1946-47 : 40 femmes pour 38 en 1954-55

Soit, au total : 1946-1947 = 80 malades sur 340 entrants
1954-1955 = 70 malades sur 340 entrants

Ces chiffres ne nous ont pas surpris

La phtisie, dans l'ensemble, prend un caractère moins sévère ; les cas de gravité moyenne se font donc plus nombreux. Cependant les malades entrant directement au Sanatorium, sans avoir reçu de soins préalables, se raréfient (et tout particulièrement les sujets porteurs de lésions très discrètes : 20 contre 30). Il en résulte une compensation numérique.

Pour les cas sévères et graves, ces deux tendances additionnent leurs effets, aussi les chiffres tombent-ils de 69 à 30.

Remarque :

Nous avons été surpris de trouver une grande concordance de chiffres chez les hommes et chez les femmes pour chaque année considérée. Faut-il en déduire que la gravité des lésions tuberculeuses est équivalente pour les deux sexes ? En revanche, rappelons-le, les bacilloscopies positives furent trouvées moins nombreuses chez les femmes que chez les hommes.

II/. Malades ayant déjà subi sans succès un traitement actif, mais justiciables d'une autre thérapeutique.

Pour définir tout d'abord ce que nous entendons par

" traitement actif " médicamenteux ou chirurgical, donnons quelques exemples :

1°)- Echec d'un traitement par antibiotiques sur une infiltration importante :

Autre " traitement actif " envisagé : pneumothorax thérapeutique intra-pleural ou collapsothérapie chirurgicale.

2°)- Echec d'un pneumothorax intra-pleural abandonné par suite d'un épanchement purulent :

Autre " traitement actif " envisagé : décortication.

3°)- Thoracoplastie ou pneumothorax thérapeutique laissant subsister une ulcération résiduelle :

Autre " traitement actif " envisagé : exérèse.

Nous avons englobé aussi dans cette seconde catégorie médicale d'entrants, les malades présentant une évolution contro-latérale.

Nous distinguons toujours trois degrés de gravité suivant le caractère de l'atteinte préalable et la difficulté du traitement à entreprendre.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

Années	Sexe	TRAITEMENTS				Aléatoires
		Assez aisés	& Assez dif	Total		
I 946-47	H.	12	+ 18	= 30		13
	F.	4	+ 12	= 16		11
I 954-55	H.	15	+ 17	= 32		5
	F.	10	+ 13	= 23		4

Que déduire de ce tableau ? Il est certain que les cas assez graves comportant une thérapeutique aléatoire sont en nette régression depuis sept ans, aussi bien pour l'élément masculin que pour l'élément féminin (réduction de plus de 50 %).

Les cas motivant un pronostic plus favorable se trouvent, encore ici, en nombre à peu près constant, du moins chez les hommes où nous relevons 30 unités en 1946-1947 pour 32 en 1954-1955. Chez les femmes, la concordance de chiffres est moins nette. L'ensemble des cas moyens et sévères passe de 16 en 1946-1947 à 23 en 1954-1955.

De même que précédemment, deux facteurs ont pu jouer en sens inverse en l'intervalle de sept années :

D'une façon générale, les échecs thérapeutiques semblent moins fréquents de nos jours ; les malades de cette catégorie devraient donc se raréfier ;

mais, d'un autre côté, les possibilités de traitement en s'étendant considérablement, ont permis d'espérer nombre de " sauvetages " que nous avons classés ici. Nous pensons en particulier aux grands services rendus par la mise au point des exérèses, décortications, plasties avec plombage, capables de transformer une situation quasi-désespérée.

Notons enfin qu'il y a sept ans, dominaient les échecs des pneumothorax thérapeutiques (persistance de lésions sous-jacentes ou complications pleurales.) Aujourd'hui, c'est l'inefficacité, dans certains cas, des antibiotiques qui constitue la majeure partie des insuccès.

Cette évolution est normale puisque nous évaluons ici en nombre absolu ; elle reste parallèle, en effet, à la propre évolution de la thérapeutique. Ces chiffres ne permettent

donc en rien de porter un jugement de valeur sur les divers modes de traitement.

III/. Malades "chroniques" difficilement curables après l'échec d'un traitement antérieur.

Avec cette catégorie de malades, nous abordons un problème délicat : celui de poser des pronostics défavorables et de déclarer que tel ou tel cas est incurable. Aussi, avons-nous préféré, dans notre titre, la périphrase plus nuancée de " difficilement curable " au terme brutal et quelque peu péremptoire d' " incurable ".

D'ailleurs, il est souvent hasardeux de se prononcer trop catégoriquement, l'avenir risquant de réserver quelques surprises.

A titre de curiosité, nous avons relevé trois exemples. Nous reprenons les termes exacts des dossiers :

- Mme C.G., 31 ans, quitte en Octobre 1947 le Sanatorium " dans un état considéré alors comme très grave, dépassant " les possibilités thérapeutiques, affaire jugée sans issue " en raison de l'état évolutif des lésions et de l'atteinte " profonde de l'état général. Contrairement à nos prévisions, " s'améliore après retour chez elle et ne fait plus de cure " depuis Août 1948." (soit à peine un an plus tard, et sans traitement !). Dans la suite, une thoracoplastie s'avèrera possible, permettant une solide guérison.

- De même pour Melle G.J., 26 ans, qui était sortie du Sanatorium en Décembre 1947 " dans un état quasi-désespéré ". Dix mois plus tard, son médecin nous transmet des nouvelles qui ont lieu de nous surprendre. Il relate une véritable résurrection de sa malade qui "animée d'une volonté farouche

" de guérir malgré un tableau clinique impressionnant, fut
" bientôt en mesure de venir elle-même à la consultation ".
Elle s'améliora à tel point qu'un contrôle pratiqué au mois
de Mai 1949 pouvait permettre de parler d'un " état pulmonai-
" re stabilisé et inactif ". Six mois plus tard, elle était
autorisée à travailler. Seul traitement employé : les sels
d'or administrés sur la demande de l'intéressée, sans aucune
conviction de la part du praticien.

- Plus récemment, Mme L.F., 32 ans, présentait à son
entrée au Sanatorium, " un évidement du sommet droit et plu-
" sieurs cavités sous-jacentes; du côté gauche, une infiltra-
" tion sous-claviculaire." Son état général était très médio-
cre et, pour assombrir encore le pronostic, elle avait déjà
reçu des doses importantes d'antibiotiques et de P.A.C. Là
encore, le cas fut jugé comme une " affaire sans issue ". On
poursuivit néanmoins le traitement médicamenteux. Deux ans
plus tard, elle nous quittait " considérablement améliorée,
" les tomographies ne montraient plus d'ulcérations ".

Ces trois améliorations inespérées ne sont pas les
seules rencontrées en l'espace de quatre années.

A ce propos, il est permis de se demander quelle est,
dans certains cas, la part relative de la thérapeutique dans
la guérison. De tels exemples mettent en garde contre les
conclusions trop hâtives.

Toutefois, même si l'on désire rester très " optimis-
te " pour formuler les pronostics, il est bien évident que
les malades pour lesquels tous les traitements s'avèrent ino-
pérants ou impossibles, restent malheureusement nombreux. Ils
nous semblent même en légère augmentation, puisque nous rele-
vons, toujours parmi nos 680 entrants :

- en 1946-1947 : 64 chroniques pratiquement incurables
- en 1954-1955 : 74 chroniques pratiquement incurables

Ces chiffres représentent plus du cinquième de l'effectif considéré au cours de ces deux dernières années, proportion se trouvant à peine atteinte en 1946-1947.

Ces résultats ne sauraient surprendre car, si les traitements actuels permettent de guérir davantage de tuberculeux, souvent leur pouvoir se limite à maintenir en survie des malades qui, dix ans plus tôt, seraient décédés rapidement.

Bien que tous les cas étudiés sous cette rubrique soient considérés comme peu curables, il sied néanmoins d'établir une discrimination entre eux. Si nous séparons les atteintes seulement sévères des graves et des très graves, nous constatons qu'actuellement les meilleurs pronostics l'emportent sur les plus sombres, alors que nous assistions au phénomène inverse sept ans auparavant, comme le prouvent nos résultats :

Années	Sexe	Cas de Sévérité Moyenne	Cas très Graves
1946-47	Hommes	7	25
	Femmes	9	32
	Totaux/.....	16	57
		=====	=====
1954-55	Hommes	23	12
	Femmes	20	13
	Totaux	43	25
		=====	=====

Les cas très sévères, nous le voyons, sont en nette régression mais n'ont pourtant pas disparu.

En 1954 et 1955, nous avons dû accepter encore quelques entrants dont l'état avait passé, assurément, le stade sanatorial.

Beaucoup plus nombreux qu'auparavant se rencontrent les chroniques difficilement curables, certes, mais au pronostic déjà moins sombre. Ce sont ces malades présentant des lésions diffuses bi-latérales, sans géodes importantes, qui évoluent très lentement. Les bacilloscopies ne se montrent positives que de loin en loin, du moins tant que l'antibiothérapie est poursuivie. Mais la stabilisation complète reste cependant impossible à obtenir. L'intervention salvatrice ne peut être tentée, soit en raison d'une capacité vitale trop réduite par un acte antérieur, soit à cause d'une trop grande diffusion des lésions malgré des doses considérables d'antibiotiques déjà administrées.

Notons enfin que dans cette catégorie des chroniques prennent place tout naturellement les malades âgés qui, nous l'avons vu, deviennent sensiblement plus nombreux. Il est évident que l'intervention thoracique qui, pour des lésions similaires, serait d'indication formelle chez un sujet jeune, devient discutable à partir d'un certain âge.

IV/. Entrants porteurs de collapsus aériques : pneumothorax thérapeutiques intra-pleuraux et extra-pleuraux, pneumopéritoinés.

- Pneumothorax intra-pleural artificiel

Nous ne surprendrons personne en soulignant la régression très nette de ce collapsus chez nos entrants depuis deux ans.

Voici les chiffres bruts ; ils ne laissent aucun doute à ce sujet.

Années 1946 & 1947	Années 1954 & 1955
Hommes : Pneumothorax : 65 Dont 2 doubles	Hommes : Pneumothorax : 22 Dont 1 double
-----	-----
Femmes : Pneumothorax : 63 Dont 4 doubles	Femmes : Pneumothorax : 26 Dont 2 doubles
-----	-----
Total en 1946-1947 = 128 =====	Total en 1954-1955 = 48 =====
Soit : 37,6 % =====	Soit : 14,1 % =====

Aujourd'hui, nous recevons donc approximativement trois fois moins de malades porteurs de pneumothorax intra-pleuraux artificiels à leur entrée au Sanatorium qu'au cours des années 1946 et 1947.

Les 128 pneumothorax d'alors représentaient plus du tiers des entrants, ce qui constitue évidemment, une proportion considérable.

Cependant, on doit noter que ces nombreux collapsus étaient loin d'être tous satisfaisants. Ainsi, sur un total de 128 pneumothorax intra-pleuraux, nous avons dénombré :

- 37 PNO à abandonner pour diverses raisons
(collapsus trop partiel, inefficace ou dangereux à maintenir, réaction liquidienne trop importante, etc.)

- 34 PNO bridés réclamant des sections dont 17 s'avèrent particulièrement difficiles.

- 10 PNO complets ou presque, donc apparemment satisfaisants, mais laissant subsister des ulcérations sous-jacentes.

En résumé, nous relevons plus d'un quart de pneumothorax artificiels à abandonner comme manifestement dangereux ou inefficaces. D'autre part, en additionnant les collapsus à sections de brides "audacieuses" et ceux qui laissent subsister des cavernes malgré leur bonne apparence, nous trouvons un lot de 27 pneumothorax thérapeutiques se présentant sous un jour défavorable, soit plus de un sur cinq.

Ainsi donc, sur les 128 pneumothorax d'entrée des années 1946-1947, il n'y en avait guère que la moitié à pouvoir être considérés comme assez satisfaisants.

Pour les années 1954-1955, sur 340 entrants également, 48 malades seulement sont porteurs de pneumothorax intra-pleuraux, soit assez exactement un malade sur sept.

Nous sommes loin de la proportion de un entrant sur trois relevée sept ans plus tôt. Mais, sur ces 48 collapsus :

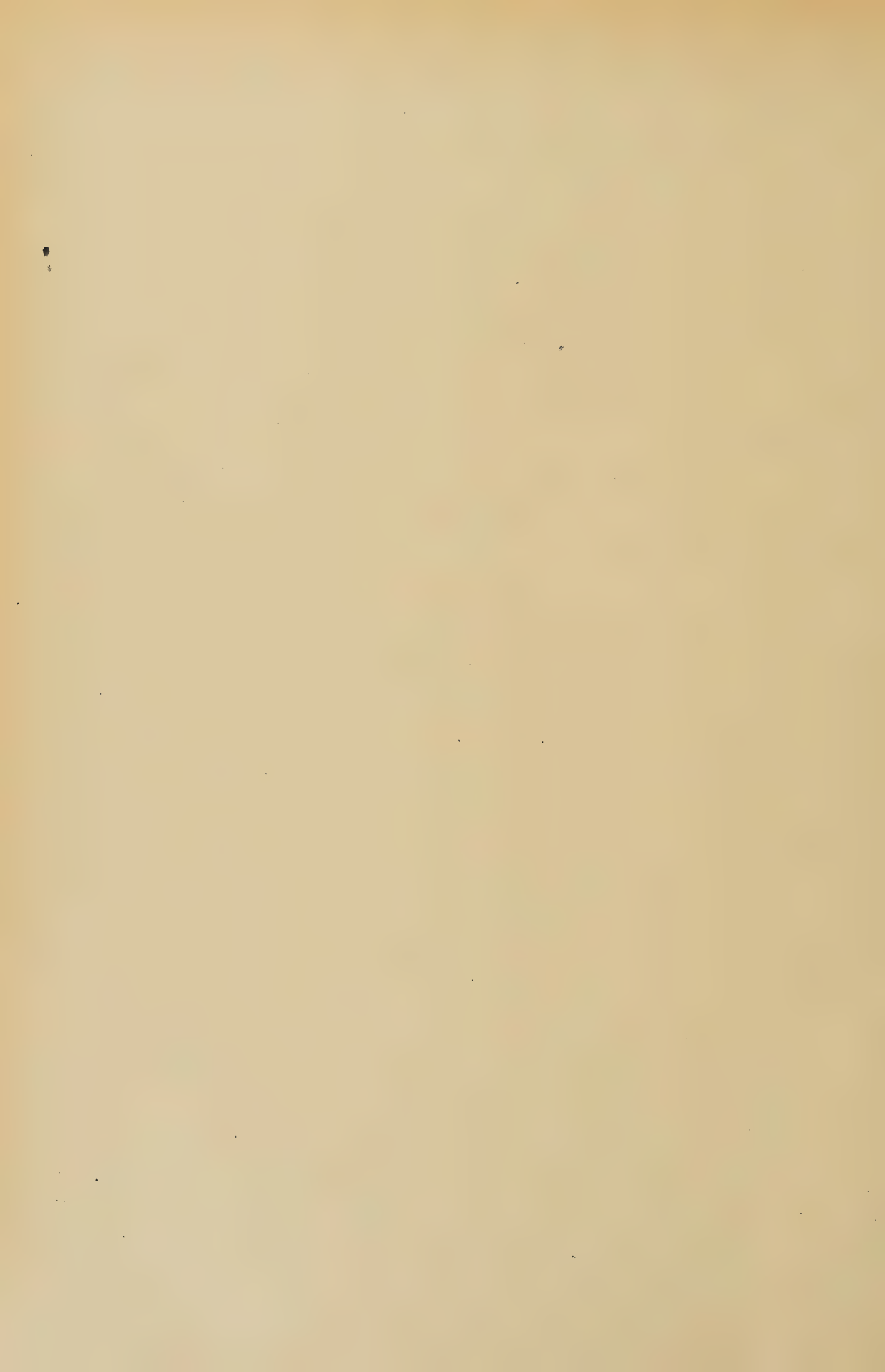
- 6 seulement sont à abandonner par suite d'une trop large symphyse.

- 3 pneumothorax complets ou presque laissent subsister des cavernes sous-jacentes.

- 9 pneumothorax sont bridés, dont 2 seulement réclament des sections assez délicates.

Ainsi, les collapsus existant chez les entrants actuellement se révèlent satisfaisants dans une proportion de trois sur quatre.

D'une façon générale, on peut dire qu'ils sont en régression quantitative, mais en amélioration qualitative. Ceci est d'ailleurs logique : seuls les bons pneumothorax artificiels sont entretenus, la gamme de la thérapeutique s'étant



enrichie par ailleurs.

En tenant compte de ces divers éléments, il semble que l'on obtienne environ, les proportions suivantes de pneumothorax intra-pleuraux satisfaisants :

- en 1946-1947 : env. 65 PNO satisfaisants sur 340 entrants

- en 1954-1955 : env. 37 PNO satisfaisants sur 340 entrants.

Vue d'ensemble sur les Pneumothorax thérapeutiques intra-pleuraux.

Etant donnée l'importance de cette question qui subit actuellement une évolution très accusée, il nous a semblé intéressant de ne pas nous limiter, pour une fois, au problème posé par les entrants des quatre années considérées.

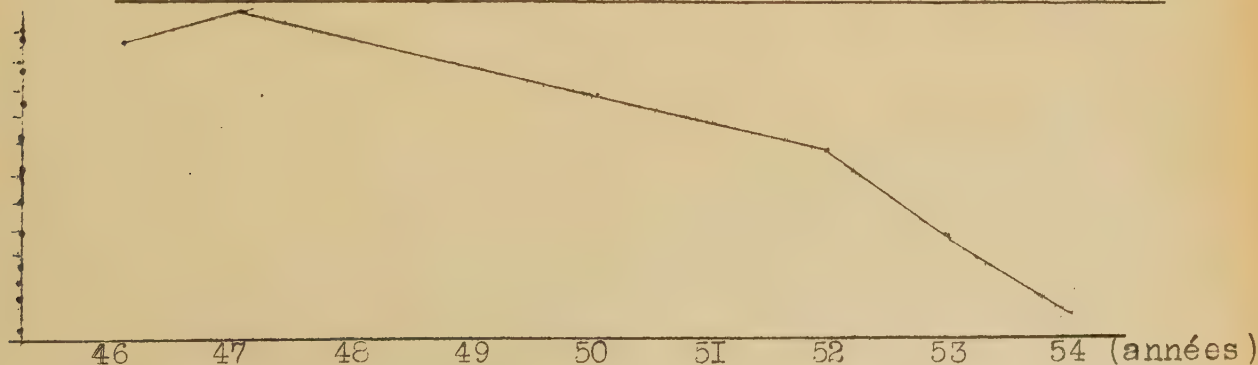
Nous avons voulu seulement dégager la tendance générale de la thérapeutique dans ce domaine, en considérant le nombre de pneumothorax intra-pleuraux créés et entretenus au Sanatorium au cours de cinq années.

En voici les données :

Voir tableau récapitulatif page suivante.

Années	Nombre de Pneumothorax	Mouvements de Malades hommes & Femmes
<u>1946</u>	60 créés au Sanatorium 225 entretenus = 52,2 % 64 sections de brides	pour <u>431</u> 206 entrants 225 sortants
<u>1947</u>	67 créés au Sanatorium 190 entretenus = 55,8 % 46 sections de brides	pour <u>341</u> 175 entrants 166 sortants
<u>1952</u>	48 créés au Sanatorium 185 entretenus = 36,6 % 66 sections de brides	pour <u>505</u> 240 entrants 265 sortants
<u>1953</u>	32 créés au Sanatorium 149 entretenus = 26,6 % 51 sections de brides	pour <u>560</u> 288 entrants 282 sortants
<u>1954</u>	12 créés au Sanatorium 95 entretenus = 18,3 % 31 sections de brides	pour <u>517</u> 257 entrants 260 sortants

Graphique des créations de pneumothorax au Sanatorium



Pneumothorax extra-pleural.

Ce collapsus chirurgical occupe toujours une place modeste parmi nos entrants.

Dans les 680 dossiers étudiés, nous trouvons :

- En 1946-1947 : 2 extra-pleuraux chez les hommes
4 extra-pleuraux chez les femmes
- En 1954-1955 : 5 extra-pleuraux chez les hommes
3 extra-pleuraux chez les femmes

En fait, cette intervention est actuellement presque abandonnée au Sanatorium, puisque un seul pneumothorax extra pleural a été créé en 1954 sur un total de vingt-huit actes opératoires divers.

Pneumopéritoine.

Au cours des années 1946 et 1947, parmi nos 340 entrants hommes et femmes, nous avons une seule femme porteuse d'un pneumopéritoine créé avant l'arrivée ici.

Mais déjà, ce mode de collapsothérapie commençait à prendre de l'essor. En effet, parmi ces entrants, 14 pneumopéritoinies furent créés par la suite au cours de la cure sanatoriale.

En 1954 et 1955, les pneumopéritoinies prennent une place assez importante.

Sur les 340 entrants, nous trouvons un total de 27 pneumopéritoinies créés avant l'entrée dans l'établissement. Ils se répartissent ainsi :

- 15 pneumopéritoinies pour les hommes
- 12 pneumopéritoinies pour les femmes.

V/. Malades pratiquement guéris ou en bonne voie de guérison.

Nous sérions dans cette catégorie :

- 1°. Tous les entrants dont le traitement actif est terminé après avoir donné le résultat escompté, c'est-à-dire bon, ou du moins suffisant. Ces malades n'arrivent au Sanatorium que pour y suivre une simple cure de repos, la thérapeutique active ayant déjà été entièrement appliquée.

- 2°. Ceux pour lesquels il suffit de compléter un traitement qui a déjà donné un résultat appréciable. Il s'agit pour eux d'une cure de consolidation.

Nous trouvons parmi ces derniers :

soit les porteurs d'un bon pneumothorax artificiel non bridé et sans lésions sous-jacentes qu'il ne s'agit plus que d'entretenir. Pour trouver place dans cette catégorie, il est évident que ces entrants ne doivent présenter aucune lésion contro-latérale nécessitant l'application d'un autre traitement.

soit les malades ayant reçu avec succès des doses importantes d'antibiotiques, mais pour qui un souci de sécurité impose la poursuite du traitement.

Voici nos résultats pour l'ensemble de cette catégorie, (l'étude portant toujours sur 340 entrants par couple d'années considéré).

Voir tableau page suivante.

Années	Traitements	Hommes	Femmes	Totaux
I946-47	Cures Simples	6	16	22
	Bons PNO	10	10	20
	<u>TOTAL</u>	-		42 =====
I954-55	Cures Simples	A.B.22	21	
	& Poursuites			
	Antibiotiques	Moy.II	15	69
	Bons PNO	13	20	33
	<u>TOTAL</u>			102 =====

La différence est ici d'importance. C'est assurément dans ce dernier groupe médical des entrants que l'on assiste à l'évolution la plus nette en l'espace de sept ans.

Actuellement, le sanatorium reçoit de nombreux malades (près d'un tiers des entrants) dont la guérison semble virtuellement acquise, avant même l'admission dans l'établissement. Nous avons de nouveau l'occasion de noter l'importance accrue des thérapeutiques appliquées sur les malades avant la cure sanatoriale, ce qui a pour effet de transformer celle-ci en cure de consolidation. Il n'est pas rare de recevoir des patients ayant été traités dans certains centres hospitaliers pendant un, deux et parfois même trois ans.

Nous reconnaissons, d'ailleurs, que le dépistage souvent plus précoce des malades explique aussi, pour une large part, ce recrutement des sujets très améliorés : le

délai des trois à quatre mois d'admission permet, en effet, pour les cas assez bénins, l'administration de doses suffisantes d'antibiotiques, par exemple, pour obtenir un résultat appréciable.

Nous devons bien admettre que de tels cas cliniques présentent pour le médecin en Sanatorium un intérêt thérapeutique plus limité. Ils nécessitent néanmoins une surveillance très attentive, la consolidation s'avérant parfois difficile. La réapparition des bacilles après la cessation de l'antibiothérapie n'est pas exceptionnelle.

Ainsi, ces deux exemples qui nous paraissent assez typiques :

- Mr J.D., 23 ans, présente en Octobre 1954 une pleurésie droite " avec atteinte parenchymateuse limitée ". Hospitalisé, il reçoit 60 perfusions de P.A.S., 30 g. de Streptomycine, 24,30 g. d'I.N.H.: doses moyennes sans doute ; mais à son entrée ici, en Mars 1955, on note seulement " un cul-de-sac C.D. droit émoussé "; d'autre part, l'antibiothérapie provoque des réactions cutanées, aussi préfère-t'on se contenter de la cure simple.

En Juillet 1955, l'inoculation au cobaye s'avère négative ; cependant, une image très discrète apparaît sous la clavicule gauche et le tubage de Septembre (4 mois après la cessation du traitement médicamenteux) est positif à l'examen direct.

- Mr D.R., 20 ans, - Cas identique. Diagnostic porté en Juillet 1954 ; " petite ulcération du sommet gauche ". Il est admis à l'hôpital et soumis au traitement habituel triple associé. En Octobre 1954, le compte-rendu d'admission note seulement " une légère grisaille du sommet gauche ".

A son entrée au Sanatorium, en Décembre 1954, même constatation : " très discrète infiltration rétro-claviculaire gauche ". Le malade est mis au repos simple. Comme dans le cas précédent, une inoculation négative au cobaye confirme la stabilisation apparente en Février 1955 ; mais deux mois plus tard, soit quatre mois après l'arrêt de l'antibiothérapie, une bacilloscopie est positive.

Nous nous bornons à ces deux observations, qui sont loin de faire exception. Soulignons que les cobayes inoculés probablement trop rapidement après l'abandon des antibiotiques (environ deux mois plus tard), se sont montrés indemnes de toute lésion tuberculeuse. D'autre part, c'est à plusieurs reprises que nous avons noté la réapparition des bacilles après un délai de quatre à cinq mois sans traitement. Mais peut-être abordons-nous ici la question très débattue des " bacilles morts ".

Nous voulons souligner l'importance d'une surveillance très étroite chez ces " guéris ", pendant une cure de consolidation d'au moins six à huit mois.

Considérations générales sur ce Chapitre.

En conclusion de cette longue étude des cas cliniques qui aura peut-être paru assez ardue, nous rappellerons les idées maîtresses qui nous ont guidé.

En entreprenant cette classification, nous tentions surtout de dégager dans quelle proportion et dans quel sens, l'intérêt thérapeutique avait pu se modifier, en sanatorium, en moins de dix ans.

Nous avons constaté une nette régression dans le

recrutement des malades récents, étant donnée l'institution précoce, aussitôt le diagnostic porté, d'un traitement par antibiotiques spécifiques et P.A.S., et le séjour parfois prolongé des malades dans les centres hospitaliers, avant leur entrée au Sanatorium.

D'où il résultait une augmentation très notable de la proportion de " guéris " ou pratiquement tels, parmi les entrants.

Parallèlement, nous constatons que le nombre des " chroniques " restait assez constant, un nouveau facteur intervenant ici : le maintien en survie par l'antibiothérapie et la chimiothérapie de malades gravement atteints, autrefois condamnés à brève échéance.

Cependant, nos recherches nous ont prouvé que le nombre d'entrants susceptibles d'une thérapeutique active se maintenait à peu près.

Tout d'abord, parce que nous assistions à une régression très sensible des cas graves devant lesquels on reste désarmé.

Ensuite, parce que nous disposions de moyens thérapeutiques beaucoup plus efficaces permettant d'atteindre un grand nombre de malades qui, naguère, renforçaient l'effectif des incurables.

Enfin, parce que nous notions, parmi les entrants qui nous étaient adressés pour cure de consolidation, une proportion non négligeable d'évolutions tardives remettant en question les traitements préalables.

La régression importante du nombre de pneumothorax thérapeutiques intra-pleuraux a entraîné une réduction si-

multanée des actes de " petite chirurgie ". Il est certain que les insufflations, ponctions pleurales, sections de brides n'ont plus, et de loin, la place prépondérante qu'elles occupaient.

Les bronchoscopies et les examens au lipiodol s'avèrent toutefois plus fréquents actuellement.

- LES TYPES RADIOLOGIQUES -

Nous n'avons pas cherché à classer les divers aspects radiologiques rencontrés chez nos malades. Semblable nomenclature serait quasi-impossible à établir.

La majorité de nos entrants, nous l'avons vu, sont des sujets qui ont déjà atteint le stade de la " phtisie confirmée ". Ils ont été dépistés et ont reçu un traitement depuis assez longtemps déjà. D'où ces lésions complexes, remaniées, échappant à tout essai de schématisation. Caséum, processus ulcéreux, fibrose, s'imbriquent ou dominant tour à tour, réalisant des images plus ou moins denses, étendues et homogènes, d'aspects multiples, mais totalement inclassables.

Quelques remarques s'imposent toutefois lorsque l'on compare les clichés de 1946-1947 à ceux des deux dernières années .

Avec la diminution du nombre des cas graves, nous constatons une régression certainement très marquée des vases ulcérations, des évidements considérables et des multiples excavations, tels qu'ils se voyaient assez fréquemment il y a huit ans.

Mais, bien qu'en nombre plus restreint, nous n'assistons pourtant pas à leur disparition totale. Comme nous l'a-

vons vu, ces cas graves subsistent encore dans une proportion de dix à quinze environ sur un effectif sanatorial de deux cents malades, c'est-à-dire de cinq à sept et demi pour cent environ.

Il est certain, d'autre part, que même sous des dimensions modestes, la caverne indiscutable, bien dessinée, se rencontre moins souvent qu'il y a dix ans, tout en restant assurément fréquente. Parmi les cas de gravité moyenne, en effet, très nombreux sont les films standards ou les clichés tomographiques aux images mal caractérisées, difficiles à interpréter. Ce sont des lésions aux limites floues, souvent peu homogènes, mais à l'égard desquelles il est parfois peu aisé de se prononcer catégoriquement. Pour peu que le laboratoire signale des analyses négatives et que l'interrogatoire d'entrée ne permette pas de compléter une fiche d'admission avare de renseignements médicaux antérieurs (comme cela se voit assez souvent), on comprend aisément la perplexité que peuvent provoquer de semblables cas.

Fort communes, également, se révèlent les lésions dites " d'aspect cicatriciel ", chez nos entrants qui ont déjà reçu un traitement médicamenteux. Elles sont caractérisées surtout par des opacités d'une certaine densité, arrondies ou plus fréquemment linéaires, marbrures et trabécules, dessins étoilés, siégeant volontiers dans la région inter-cléido-hilaire.

Plus intéressantes sont les " images bulleuses " qui deviennent relativement fréquentes avec l'emploi des traitements prolongés ; séquelles de cavernes actives dont la paroi totalement détergée ne se traduit plus sur les radiographies ou sur les coupes tomographiques que par un fin liseré, parfois à la limite de la visibilité, tandis que les bacilloscopies demeurent obstinément négatives.

De tels aspects ne posent pas moins, toutefois, de

déliçats problèmes de pronostic et de thérapeutique.

Ces images bulleuses, ces opacités arrondies aux dimensions modestes, toutes ces lésions " situées aux frontières de la guérison ", laissent souvent dans l'incertitude quant à la conduite à tenir à leur égard.

Doit-on les considérer comme " guéries " en se bornant à une surveillance étroite pendant le court séjour du convalescent au Sanatorium ? Cependant il persistera toujours la crainte d'une évolution tardive fâcheuse alors que le malade, tranquilisé, ne se fera plus suivre régulièrement.

Pour limiter ces risques de rechute, faut-il encore prolonger la thérapeutique médicamenteuse depuis longtemps déjà poursuivie, bien que radiologiquement, ces lésions ne semblent plus pouvoir en tirer aucun profit ?

On est sans doute tenté d'avoir recours à la chirurgie, malgré la disproportion existant entre la taille des lésions et l'importance du geste thérapeutique. Toutefois, faut-il souvent prévoir le refus du malade à suivre des conseils qui ne sauraient être impératifs, et ce non à tort, parfois, puisque dans quelques cas, l'examen des pièces d'exérèse ne montre que des aspects cicatriciels et l'absence de bacilles.

Nous avons vu s'accroître, par ailleurs, le nombre des chroniques stabilisés temporairement par les traitements actifs. Très complexes sont leurs images radiologiques où se remarquent surtout les opacités fines et intenses, traduction du processus fibreux prédominant.

Notons enfin que, parmi nos entrants actuels, les malades neufs non traités sont trop rares pour que nous puissions formuler une opinion sur l'évolution des images

radiologiques durant la phase initiale.

Les infiltrats, lobites, atteintes segmentaires, cavernes précoces, semblent, d'après les quelques malades relativement récents qui nous arrivent encore, avoir conservé avec les années leurs proportions respectives.

Nous devons faire cependant une mention spéciale pour les tuberculomes, les images caséuses circonscrites, qui, malgré leur nombre restreint au Sanatorium, nous paraissent néanmoins plus fréquentes aujourd'hui.

Nous avons vu que les rares miliaires ne nous parviennent généralement que lorsque les granulations caractéristiques se sont effacées.

Les pneumonies et bronchopneumonies tuberculeuses ne sont dirigées sur le Sanatorium qu'après leur phase aiguë, laissant, en général, des images très chargées et multiexcavées.

Images radiologiques après interventions thoraciques.

Il semble logique de rappeler ici le nombre d'entrants qui ont subi, avant leur arrivée, une intervention thoracique, quelle qu'en soit la nature, puisque l'aspect radiologique des malades s'en trouve directement modifié.

Nous avons déjà noté le nombre de pneumothorax artificiels intra-pleuraux créés en dehors du Sanatorium. Nous l'avons vue passer de 37,6 % en 1946 et 1947 à 14,1 % en 1954 et 1955 .

Les images de séquelles pleurales et de pyothorax se raréfient encore plus nettement en raison de l'exigence dont on fait preuve actuellement à l'égard des pneumothorax thé-

rapeutiques intra-pleuraux, et aussi de l'aide apportée par les antibiotiques dans ce domaine.

Nous avons signalé plus haut que les épanchements purulents ne se rencontrent plus ici qu'à raison de deux ou trois par année sur un effectif de deux cents malades.

Nous ne reprendrons pas la question des pneumopéritonées déjà traitée, non plus que celle des pneumothorax extra-pleuraux qui marquent ici un fléchissement très sensible.

Nous nous arrêterons sur les thoracoplasties que nous rencontrons chez les entrants dans les proportions suivantes :

Années	Sexe	Nombre de Thoracoplasties à l'entrée	TOTAL
I 946-I 947	Hommes	2	
	Femmes	4	6 ===
I 954-I 955	Hommes	II	
	Femmes	I 6	27 =====
--			

Nous devons préciser : ces chiffres indiquent seulement que le nombre des entrants déjà porteurs d'une thoracoplastie a beaucoup augmenté, et l'explication en est la suivante : beaucoup plus fréquemment qu'autrefois, le malade subit l'intervention chirurgicale avant son entrée au Sanatorium.

Nous rappelons qu'il en est de même pour les pneumo-

thorax extra-pleuraux dont le nombre se maintient constant parmi nos entrants, alors que ce collapsus se pratique plus rarement aujourd'hui.

Il ne saurait donc être question de chercher dans ces tableaux une donnée d'ordre général sur la fréquence des actes de chirurgie thoracique.

Pour ce qui est des thoracoplasties, les indications en sont plus rares actuellement qu'elles ne l'étaient il y a quelques années. Mais, si ces interventions diminuent en nombre, elles ont assurément gagné en qualité : moins de côtes sont sectionnées pour un meilleur collapsus. Les nouvelles plasties sous-tectales, en particulier, donnent des images radiologiques très satisfaisantes ; l'affaissement est vraiment vertical : on ne trouve plus ces cheminées parra-médiastinales, sièges des " fentes résiduelles ".

Viennent s'ajouter, bien entendu, en 1954 et 1955, les interventions plus récentes : exérèses, décortications, plasties plombées.

Sur nos 340 entrants des deux dernières années, nous relevons :

- 4 Extra-musculo-périostés, 1 pneumonectomie, 1 lobectomie et 2 exérèses segmentaires.

Ces exérèses partielles donnent parfois des résultats surprenants : on pourrait croire à une image thoracique normale, mis à part, toutefois, un sinus costodiaphragmatique souvent émoussé.

NOTA : A titre indicatif, voici le relevé du nombre d'interventions chirurgicales pratiquées au cours de l'année 1954 sur les pensionnaires du Sanatorium de Parigné-l'Evêque.

- Le nombre des interventions chirurgicales pratiquées en 1954 a été nettement inférieur à celui de 1953, puisque de 46, il a été réduit à 28 seulement.

Total se décomposant comme suit :

- 10 thoracoplasties
- 2 extra-musculo-périostés avec plombage à la lucite,
dont 1 bilatéral
- 1 pneumothorax extra-pleural
- 2 pneumonectomies
- 3 lobectomies
- 6 segmentectomies dont 2 avec décortication
- 2 décortications simples
- 1 pleurectomie

-:-:-:-:-

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES
concernant le Chapitre Troisième

- Sur l'âge des malades .

Et. BERNARD, avec Melle A. LOTTE et Jacques WEIL, dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 1954 - 138 - 169-172 : la notion d'âge phthisiogène - Sa réalité - Ses conséquences pratiques, donnent une statistique de morbidité fort intéressante (p.170).

" En 1951, le taux des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire enregistrés dans les Dispensaires en France " permet de constater que " l'âge phthisiogène commence bien après " 15 ans, un peu plus tôt dans le sexe féminin. Son incidence " déclenchée brusquement, s'accroît dans les années qui suivent ... Soulignons que pour le dernier groupe d'âge, (après " 50 ans), le taux des nouveaux cas est quatre fois plus élevé chez l'homme que chez la femme."

Et. BERNARD, dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 1953 - 137 - 285-287 : Influence des nouvelles thérapeutiques sur l'orientation de la lutte antituberculeuse, constate que " le sujet de plus de 50 ans entre souvent en même " temps dans la maladie et dans la chronicité. Nous assistons " au reste peu à peu à un déplacement vers la cinquantaine et " au-delà de l'endémie tuberculeuse maxima, et cela surtout " chez l'homme. L'âge le plus redoutable de la tuberculose " s'est rapproché de l'âge du cancer." (p.286)

Cette augmentation de la morbidité spécialement chez l'homme plus âgé a eu son incidence sur nos entrants, comme nous avons pu le constater au début de ce Chapitre.

Une toute récente publication, dans la Semaine des Hôpitaux N°6 - 22 Janvier 1955, p.313-324, par :

Et. BERNARD, avec A. LOTTE et J. FOUQUET, met de nouveau en valeur l'importance capitale de la notion d'âge de l'individu qui est un "fil conducteur" au moins au même titre que la notion d'ancienneté de l'infection, pour faire prévoir les localisations et les modalités évolutives de la tuberculose.

Les statistiques de mortalité et de morbidité françaises et étrangères permettent aux auteurs d'affirmer :

- que les lésions de type phtisique sont rares avant 15 ans et fréquentes après
- qu'à vingt cinq années de distance, les mêmes constatations ont été faites, malgré un recul évident vers un âge plus tardif de l'infection première
- que le délai écoulé entre la primo-infection et la première lésion de phtisie est beaucoup plus court chez l'adolescent que chez l'enfant.

L'apparition de la lésion du type phtisique est donc commandée moins par l'ancienneté de l'infection que par l'âge de l'individu.

- Sur la nécessité de renseignements médicaux et thérapeutiques précis accompagnant le malade - carnet de soins aux tuberculeux et déclaration obligatoire de la tuberculose.

Et. BERNARD, dans le Bulletin de l'Académie de Médecine 1953, 137 - 285-287 : influence des nouvelles acquisitions de la thérapeutique sur l'orientation de la lutte antituberculeuse, estime que notre conception sanatoriale doit évoluer parallèlement aux nouvelles acquisitions thérapeutiques

L'auteur écrit notamment : " On ne saurait plus concevoir aujourd'hui que l'établissement de cure situé à très peu de distance des grands centres urbains... Un tel établissement ... permet des liaisons faciles avec le Centre de Phtisiologie où le malade a reçu le traitement d'attaque. Il faut en effet souhaiter une continuité, sinon de direction, au moins de directives, entre les services urbains de

"phtisiologie et les sanatoriums au point de vue de la conduite du traitement. Il y a là une liaison d'un haut intérêt qui " est encore trop peu souvent réalisée." (p.285)

Ce manque de liaison entre les établissements successivement responsables du traitement nous faisait émettre le voeu au cours de ce Chapitre troisième, de l'établissement d'une part d'un carnet de soins, d'autre part de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Ces deux idées sont vigoureusement avancées par :

Et. BERNARD avec G. POIX dans la Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale 1953 - 1 - 55-73 : la déclaration obligatoire de la Tuberculose.

Celle-ci aurait un "intérêt prophylactique et surtout " statistique ". Les auteurs estiment que toutes les tuberculoses pulmonaires ou non, devraient être soumises à la déclaration car , " du point de vue statistique, ce sont des cas " utiles à connaître et à dénombrer en vue de déterminer l'évolution du fléau." p.66

Dans ce même article, le " carnet du tuberculeux " est proposé avec clarté par les auteurs.

" Dans le but d'éviter des déclarations multiples en " cas de changement de médecin ou d'établissement de cure, il " y a lieu de prévoir pour les tuberculeux la généralisation " du carnet des porteurs de pneumothorax dont l'emploi est " devenu de pratique courante et qui rend les plus grands services : ce carnet serait d'un modèle uniforme, adopté par " le Ministère après avis de la Commission de la Tuberculose " de même que le modèle de fiches pour l'admission dans les " établissements de cure et de prévention. Il ... remédierait " au déficit de liaison que déplorent chaque jour les phtisio- " logues, entre les divers organismes de dépistage et ceux de " soins, et leur permettrait de connaître immédiatement les

lésions initiales constatées et leur évolution au sujet des-
" quelles les malades ne peuvent donner que des renseignements
" imprécis... Ce carnet présenterait un autre avantage dont
" l'importance n'est pas moindre. Les résultats des examens
" qui y seraient consignés éviteraient aux phthisiologues l'é-
" tablissement de ces nombreux certificats que sollicitent
" quotidiennement les malades pour la Sécurité Sociale et la
" Médecine du Travail". p.37

" Pour conclure, écrit le professeur Et. Bernard,
" nous demandons l'obligation de la déclaration de la
" tuberculose, seule maladie infectieuse et contagieuse qui,
" malgré son importance, ne soit soumise qu'à la déclaration
" facultative ; et d'autre part, la centralisation de ces dé-
" clarations par le Dispensaire qui est le seul organisme an-
" tituberculeux qui puisse établir les trois indices dont la
" connaissance est indispensable pour apprécier l'évolution
" du fléau :

- l'indice de morbidité
- l'indice d'épidémicité
- l'indice de léthalité ou de guérison."

Cette épineuse question de la déclaration obligatoir
re de la tuberculose n'a pas encore d'épilogue. Elle est la
source de nombreuses controverses non encore taries.

- Sur les nouvelles catégories de malades.

Et. BERNARD, dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Mé-
decine 1953 - 137 - 285-287, met en valeur le retentissement
des nouvelles acquisitions thérapeutiques sur l'état médical
des malades. Nous avons constaté, parmi les entrants du Sana-
torium de Parigné-l'Evêque que nous avons étudiés, l'augmenta-
tion du nombre des chroniques. Le professeur Etienne Bernard
s'arrête ici sur ce problème : " Il est enfin une catégorie

" de malades qui offrent pour leur placement de sérieuses dif-
" ficultés. Beaucoup de tuberculeux atteints de phtisie grave,
" autrefois rapidement mortelle, sortent aujourd'hui, grâce
" aux nouvelles thérapeutiques, de cette catégorie pour entrer
" dans la catégorie des "chroniques". Le nombre de ces derniers
" est, de ce fait, en accroissement. Le problème de leur ré-
" sidence est épineux. Aucun pays n'a trouvé pour eux de so-
" lution parfaite."

L'auteur précise encore que " les progrès de la thé-
" rapeutique ont fait naître des catégories nouvelles de ma-
" lades : convalescents de méningites et de miliaires, conva-
" lescents d'exérèse pulmonaire dont le placement doit être
" judicieux."

-:-:-:-:-

C H A P I T R E I V

=====

EVOLUTION PSYCHOLOGIQUE DE L' ENTRANT

Ce serait une lacune que de négliger ce dernier facteur qui, bien qu'inchiffrable, présente certainement, un intérêt primordial.

Dans ce domaine, nous ne pouvons certes pas disposer de statistiques précises, mais il n'en est pas moins évident qu'une évolution appréciable s'est fait sentir, là comme ailleurs, en l'espace de dix ans.

Nous n'entreprendrons pas l'étude de la psychologie propre au tuberculeux pulmonaire, et plus particulièrement, au malade en Sanatorium, ce qui fut fait en maints ouvrages. Mais, envisageant toujours la question sous son angle pratique, nous noterons seulement quelques remarques susceptibles de mettre en évidence l'évolution psychologique du sujet qui entre actuellement en maison de cure.

Il est bien certain qu'il n'existe pas de position morale standard. Chacun réagit selon son tempérament, la gravité de son état et les circonstances personnelles ou familiales qui rendent plus ou moins pénible un séjour en sanatorium. Pourtant, dans l'ensemble, il n'est pas douteux que le malade n'accorde plus à la tuberculose la même notion de gravité qu'il y a encore dix ans. Il n'éprouve plus cette même impression de devoir être relégué, pour très

longtemps, du reste du monde.

Une telle évolution est logique. Elle répond en partie à la réalité et se révèle, en ce sens, nettement heureuse. Mais nous sommes parfois frappé de la part considérable d'illusion qu'elle recouvre. Doit-on y voir le résultat de l'éducation plutôt sommaire du public par les soins d'une presse prodigue en articles à succès sur les " remèdes-miracles " infaillibles ? Toujours est-il que nombreux sont les entrants qui espèrent ou même exigent une cure très brève, six mois de séjour en sanatorium représentant pour eux un maximum qu'ils ne sauraient dépasser.

Le malade accorde une grande confiance aux traitements médicamenteux, mais le crédit octroyé au repos occupe une place très accessoire : dès l'entrée, il se montre réticent. Comment le convaincre d'ailleurs, de la nécessité d'un repos sévère et prolongé ? Cette tâche, déjà peu facile il y a quelques années, s'avère encore plus ardue aujourd'hui. Le patient " se porte bien " pour reprendre l'expression imagée qui émaille les interrogatoires d'entrée. Il ne ressent généralement aucune douleur, sa température est normale. Une phase de fatigue a pû caractériser le début de l'affection, mais l'institution du repos et souvent d'un traitement avant l'admission au Sanatorium, a déjà porté ses fruits : l'entrant affirme " avoir retrouvé ses forces ".

Les examens de laboratoire, eux-mêmes, entretiennent cet optimisme, puisqu'ils ne révèlent qu'assez rarement la présence de l'agent redouté. Il est vraiment peu aisé au patient de prendre conscience de sa maladie sur la seule foi des clichés radiologiques sans signification pour lui.

Et la vie au Sanatorium ne fera qu'accentuer cette impression d'entrée. Les accidents, communs naguère, qui

incitaient à la sagesse, ont disparu : les " crachements de sang ", les épisodes fébriles prolongés sont devenus une rareté. L'aspect physique de la plupart des pensionnaires est enviable ; on ne tousse ni ne crache plus.

Dans ces conditions, le repos prolongé semble vraiment du superflu !

Notons que de semblables difficultés surgiront par la suite, au cours du séjour, lorsqu'il sera question d'une intervention " retardée ", en cas d'échec de la thérapeutique médicale. Le choc psychologique du tout début de la maladie étant passé, la docilité et le courage s'estomperont peu à peu. Il sera plus difficile au malade d'accepter le pneumothorax ou l'intervention chirurgicale qui s'imposeront à lui.

Toutefois, nous ne pouvons rien déplorer autant que l'indiscipline qui de nos jours arrive parfois à prendre des proportions inadmissibles, rendant illusoire toute tentative de thérapeutique sérieuse. C'est ainsi que nous avons relevé, surtout parmi les dossiers des entrants les plus récents, quelques " histoires cliniques " décourageantes.

Trop de malades bénéficiant de secours publics se croient autorisés à toutes les extravagances. Faisant preuve d'une inconséquence totale, ils se font renvoyer à brève échéance des diverses maisons de cures auxquelles incombe successivement la lourde charge de les soigner. Pour eux, le renvoi, suprême sanction dont disposent les médecins-directeurs, n'a d'autre incidence que le changement de cadre. Ils sont assurés que les subsides qui leur sont versés, et qu'ils considèrent comme leur dû, poursuivront leur office, quoi qu'ils fassent !

Mais que devient la thérapeutique dans ces conditions ? Ces cures morcelées et mal faites ont le plus souvent hélas, des résultats lamentables. Ainsi ces deux observations :

- Mr M. J-P. 25 ans, Début apparent en 1949. Soigné tout d'abord au Sanatorium de F.L., de Mars à Décembre 1950, où création de pneumothorax droit rapidement abandonné. Avril 1951, rechute : création d'un pneumothorax gauche abandonné au bout de 6 mois. Transfert au Sanatorium de la G.S.B. en Juin 1952 : on crée un extra-pleural gauche qui sera gardé un an. Deuxième séjour au Sanatorium de F.L. : création d'un pneumopéritoine que l'on abandonne rapidement. Hospitalisé à Rouen, dates ? Antibiothérapie associée, cure morcelée. Entre au Sanatorium de Parigné-l'Evêque en Mars 1955 : il présente à droite deux importantes cavités, à gauche une infiltration du sommet gauche et des séquelles d'extra-pleural. Quitte le Sanatorium au bout de trois mois par mesure disciplinaire.

- Mr T.L. 26 ans, Hémoptysie en Octobre 1952. Hospitalisé à D. pendant sept mois. Juin 1953, séjour au Sanatorium de la M. sur C. Création d'un pneumothorax gauche. Quitte l'établissement au bout d'un mois. " On le retrouve en Octobre 1953 " au Sanatorium de la G. où il subit une section de brides. Il y demeurera trois mois. Par la suite, néglige de faire entretenir son pneumothorax. Hospitalisé quelques à L.M. Entre au Sanatorium de Parigné-l'Evêque en Mars 1955 porteur d'une infiltration peu homogène des deux sommets. Il le quittera un mois et demi plus tard, par mesure disciplinaire.

De tels cas ne sont pas, il s'en faut, exceptionnels. Le nombre des renvois est élevé ; il s'est accru notablement

par rapport aux années précédentes. L'alcoolisme est évidemment, du moins chez les hommes, le principal responsable. Dernièrement un de nos arrivants n'eut même pas la peine de défaire ses valises, tant son état d'ébriété, à sa descente du car, était notoire !

Ce véritable fléau des centres hospitaliers et sanatoriaux ne paraît malheureusement pas en régression. Aux dires du personnel consulté, il semblerait même plutôt exercer davantage ses ravages. Sans doute ce phénomène est-il lié aux ressources financières accrues dont disposent les malades depuis l'application des lois sociales : mensualités de la Sécurité Sociale, allocations familiales, subsides divers... C'est un résultat aussi inattendu que décourageant !

D'autre part, nous sommes amené à nous demander également si l'usage prolongé des antibiotiques et du P.A.S. à fortes doses n'entraînerait pas une sensibilisation hépatique rendant les sujets traités moins tolérants à l'alcool.

Chez les femmes, en sanatorium mixte en particulier, les difficultés rencontrées par la Direction sont d'un autre ordre, mais n'en constituent pas moins un important problème.

Toutefois les renvois disciplinaires ne représentent pas l'unique élément caractéristique de notre époque. Trop nombreux sont également les départs pour refus des soins proposés. Nous notons souvent, en effet, en compulsant les dossiers, les motifs suivants de sortie : " part sur sa demande " ou bien : " veut quitter l'établissement de sa seule autorité et sous son unique responsabilité " ou encore : " refuse le seul traitement possible pour lui ; n'a plus rien à faire ici dans ces conditions ".

Sans cesse nous nous heurtons à cette indocilité qui fausse tout essai de thérapeutique suivie, condition de l'efficacité. Il en résulte, à notre sens, un gâchis inadmissible d'efforts, de temps et d'argent.

Précisons bien notre pensée ; il est très légitime et souhaitable, la vérité absolue n'existant pas en médecine, de tenir compte des desiderata du patient, mais... dans les limites du raisonnable, et il nous paraît inconcevable qu'un pensionnaire d'un établissement hospitalier se permette n'importe quelle conduite.

Le " tuberculeux pulmonaire 1955 " semble perdre de vue trop volontiers qu'en dehors de son intérêt personnel, il doit ne pas oublier sa responsabilité sociale : responsabilité du point de vue de la prophylaxie ; responsabilité aussi sur le plan national puisqu'il bénéficie des deniers publics pour se soigner.

Sans attenter à la liberté individuelle, un droit de regard sur le comportement du malade pourrait cependant exister et aboutir à des sanctions portant sur les subsides dans les cas d'inconduite ou d'alcoolisme flagrants. De telles mesures prises avec discernement par un service social spécialisé, feraient sans doute réfléchir parfois les intéressés, et permettraient peut-être d'éviter la dissipation inutile de crédits péniblement trouvés.

Un exemple récent nous revient à l'esprit en écrivant ces lignes : tel malade, père de famille nombreuse, obtient une aide exceptionnelle de sept mille francs de la part d'une oeuvre privée, pour ses enfants. Cette somme lui est remise directement.... il l'utilise à boire. Une enquête sociale sérieuse eut pû éviter ce gaspillage en faisant adresser le subside à la femme qui en aurait fait

sans doute, meilleur usage.

Tout en ne perdant pas de vue le caractère d'obligation stricte que présente pour la société l'aide au malade, il est peut-être permis de souhaiter l'existence d'un système de contrôle contre les abus, l'intéressé ayant lui-même le devoir de profiter de cette assistance, non pour son bon plaisir, mais pour se soigner réellement.

-:-:-:-:-

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES
concernant le Chapitre Quatrième

----- .

Cette très importante question de l'alcoolisme et de la tuberculose a fait, et fait encore, l'objet de très nombreuses recherches et statistiques destinées à lutter contre ce grand fléau social.

Nous ne pouvons citer que quelques auteurs.

P. ZIVY - dans Acta Phtisiologica - Octobre 1955, p.2-8 : Tuberculose des Alcooliques et Alcoolisme des Tuberculeux, donne des statistiques réalisées dans le service de J. Paraf, Hospice de Brévannes. L'auteur écrit notamment :

" En milieu sanitaire, les tuberculeux stagnant en " collectivité, apyrétiques et valides grâce aux antibiotiques " désocuvrés, éloignés de leur foyer et de leur travail, sont " proie facile pour l'alcoolisme.

" Il y a 20 mois nous avons eu avec notre maître J. " Paraf, la cruelle révélation de la situation suivante à Bré- " vannes (Arabes exclus car leur proportion est plus faible : " 15 %) ... Au-dessous de 35 ans : 34 % d'alcooliques chez les " sujets ayant un an ou moins de maladie ; chez les malades de- " puis trois ans : 65 %.

" Au-dessus de 35 ans : 62 % d'alcooliques quand la " maladie a ou n'a pas encore un an ; pour les malades depuis " trois ans : 84 % ; cinq ans de maladie et au-dessus : 91 % " d'alcooliques.

" Cette progression découle de deux faits :

" - le tuberculeux placé en collectivité thérapeutique tend, " plus il y stagne, à devenir alcoolique par contagion du mi- " lieu ;

" - l'alcool favorise l'incurabilité."

Quels remèdes envisager ?

- Police et discipline
- Propagande antialcoolique
- Distractions et occupations
- Création chez l'individu d'autres besoins susceptibles " de saper le budget alcoolique."

- Sur le psychisme et l'état mental

L'auteur considère que " la dégradation du tonus mental " va surtout jouer " au cours de la longue vie de malade " chez les alcooliques tuberculeux : indisciplinés, ces sujets " se dérobent aux cures, aux traitements conseillés, se voient " fermer les portes d'un service ou d'un sanatorium... Ils introduisent au sanatorium des trafics, l'agitation, l'exemple facilement contagieux de leur vice.

" Ils contraignent aux fouilles et l'on découvre à " côté des bouteilles, les comprimés thérapeutiques non ingérés. Souvent, ils vont de formation sanitaire en formation " sanitaire avec un traitement hâché et sans bénéficier du repos indispensable. L'indiscipline, l'absence de volonté, au " cours du traitement ou après, chez les rares sujets guéris, " font que, dans la majorité des cas, ces sujets deviennent " un jour des incurables et meurent."

SULLY LEDERMANN, dans Acta Phtisiologica, Octobre 1955, p. 9 23 : Tuberculose et alcoolisation excessive, présente des tableaux de statistiques fort éloquentes.

Dans les données hospitalières, p.20, l'auteur considère que "entre 40 et 60 ans, la proportion actuelle des alcooliques parmi les tuberculeux paraît osciller autour de " deux tiers."

A. BRAMLY : Alcoolisme et Tuberculose

Thèse Paris 1954 - dact. 34 p.

G. POIX : Alcoolisme et Tuberculose dans le Supplément à la Presse Médicale N° 43 - 1954 - p. 221.

P. PERRIN : Alcoolisme et Tuberculose dans la Santé de l'Homme, N° 85 - 1954 - p. II7-II8.

[Faint bleed-through from the reverse side of the page]

C O N C L U S I O N

=====

Au terme de cette vue d'ensemble sur le recrutement sanatorial et son évolution en l'espace de dix années, nous ne pouvons prétendre, dans la conclusion générale, à revoir en détail, les nombreux problèmes inhérents à cette vaste étude. Ils ont trouvé logiquement leur conclusion particulière à la fin de chaque exposé.

Nous en rappellerons simplement les points essentiels en insistant spécialement sur les questions plus ou moins directement liées à l'organisation rationnelle de la lutte antituberculeuse.

Trop fréquemment, en effet, nos recherches nous ont valu de constater quelques lacunes à ce point de vue. Nous voulons parler du manque apparent d'unité d'action qui se manifeste parfois au cours des longs et divers épisodes jalonnant la cure d'un tuberculeux pulmonaire.

La valeur indéniable des soins prodigués, ainsi que les efforts et les progrès réalisés chaque jour en phtisiologie, nous conduisent à regretter d'autant plus vivement qu'il n'y ait pas toujours entre eux une parfaite coordination capable de favoriser leur pleine efficacité.

Désirant considérer sous cet angle les principaux problèmes déjà traités ici, nous avons préféré suivre le malade dans les diverses phases de son affection, au lieu de reprendre intégralement le plan de cette étude.

.../.

EXAMENS SYSTEMATIQUES -

Le premier stade de la maladie, c'est-à-dire l'établissement du diagnostic, a déjà retenu longuement notre attention.

En dépit des efforts très sensibles effectués dans le domaine du dépistage systématique au cours de ces dernières années, il est certain que des progrès restent à faire. Rappelons nos résultats :

parmi les entrants considérés, nous notions;

- 12,5 % de tuberculoses dépistées systématiquement en 1946-1947.

- 20 % de tuberculoses dépistées systématiquement en 1954-1955.

Sans avoir la prétention que l'examen systématique atteigne tous les malades, nous pensons que cette dernière moyenne pourrait être encore améliorée.

Le champ d'application reste trop étroit. Si l'ouvrier d'usine et des grandes entreprises, nous l'avons vu, est le principal bénéficiaire des visites systématiques, (il représente un peu plus des deux tiers des détectés du travail parmi nos entrants), toute une partie de la population se trouve pratiquement négligée, et tout spécialement les travailleurs indépendants, artisans, ouvriers agricoles, ainsi que la majorité des femmes.

Nous avons également noté que l'efficacité de ces examens s'avèrait assez inégale suivant les professions, par suite des modalités diverses de leur application. Ainsi des contrôles radiologiques prévus tous les deux ans semblaient se révéler nettement insuffisants.

Enfin, terminant cette étude des moyens de dépis-

tage, nous émettions le voeu de voir se généraliser les visites de reprise du travail après toute affection mal définie, ce mode de détection semblant d'ailleurs se révéler plus efficace que la visite systématique périodique.

Mais une fois décelé, le malade ne se résoud malheureusement pas toujours à prendre les mesures qui s'imposent et passe outre au conseil de se soigner en n'abandonnant le travail qu'à l'apparition de troubles manifestes, beaucoup plus tard. S'il existe sans doute peu de remède à ce genre d'inconséquence sans risquer d'attenter à la liberté individuelle, du moins est-ce une invitation pour les services de contrôles médicaux à se montrer très catégoriques lors du dépistage.

RECRUTEMENT -

Abordons maintenant la deuxième phase de l'affection : l'instauration et la poursuite du traitement.

Nous retrouvons ici le sujet du premier chapitre : le recrutement, dont nous avons noté l'évolution au Sanatorium depuis 1946. Nous constatons une réduction assez progressive des demandes d'admission, du moins en ce qui concerne les femmes malgré un apport chaque année plus grand de malades étrangers au Département de la Sarthe. Sans souffrir d'une crise de recrutement, des difficultés étaient rencontrées, pour la première fois l'an dernier, pour assurer un effectif complet au Pavillon des Femmes.

Cette situation n'est d'ailleurs pas spéciale au Sanatorium de Parigné-l'Evêque qui se trouve, au contraire, assez favorisé par rapport à d'autres établissements où le nombre de lits inoccupés est élevé.

Dans de telles conditions, comment ne pas s'étonner de la construction de bâtiments nouveaux ? Ainsi, at-

tend t'on dans la Sarthe, l'inauguration, à brève échéance, d'un Sanatorium de 180 lits ! Semblable politique paraît illogique.

La baisse de la morbidité tuberculeuse ne semble pas être encore assez accusée pour expliquer une telle diminution des demandes d'entrée en sanatorium. Aussi avons-nous retenu deux autres causes :

- la réduction des durées de séjours dans les maisons de cures qui accélère d'autant le renouvellement des malades (ici d'un tiers plus rapide en 1954 qu'il y a sept ans).

- le développement simultané de soins prolongés, d'une part à domicile, d'autre part dans les centres hospitaliers en province. Aussi objectivement que possible, nous en avons signalé les avantages et les inconvénients respectifs.

ETAT MEDICAL DES ENTRANTS -

Ces traitements prolongés que la plupart de nos pensionnaires ont déjà subis avant leur entrée au Sanatorium, conjuguant leurs effets avec d'autres causes, en particulier le dépistage précoce, ont une répercussion indéniable sur l'état médical des entrants.

Celui-ci a été longuement étudié au Chapitre troisième. Nous y constatons que l'établissement d'une nomenclature selon la gravité lésionnelle nous permettait d'assister à un recul très sensible des atteintes graves.

En outre, une classification établie dans un but essentiellement pratique, cherchait à mettre en évidence, les possibilités de traitement présentées par chaque malade. Nous pouvions en conclure avec satisfaction, que l'intérêt thérapeutique restait soutenu malgré une transformation certaine du recrutement médical:

- les malades " presque guéris " se rencontrent d'autant plus souvent que les entrants non traités préalablement se raréfient.

- les " chroniques " ne présentant aucun espoir de véritable guérison, demeurent nombreux. Résultat qui découle du maintien en survie de malades dont le pronostic se serait avéré fatal il y a dix ans.

Cependant, en contre-partie, nous voyions que :

- les nouvelles ressources médico-chirurgicales permettent d'atteindre un grand nombre de malades qui autrefois, eussent été condamnés à brève échéance.

- d'un autre côté, les cas très graves, c'est-à-dire ceux pour lesquels la thérapeutique reste encore impuissante, se raréfient.

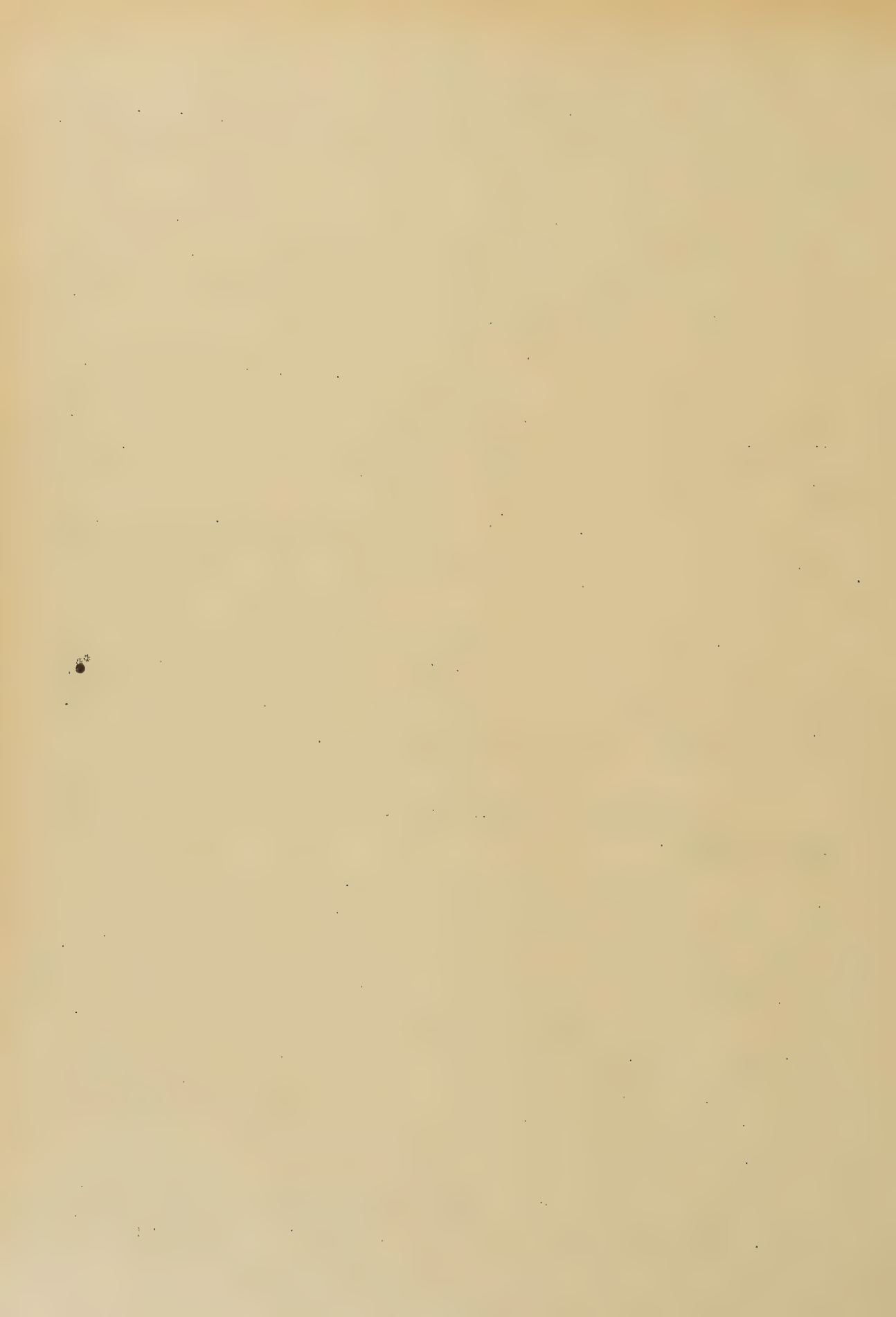
- enfin, les " guéris " dont nous parlions ci-dessus conservent un intérêt certain : ils justifient en fait un contrôle très sévère, et, à la suite de rechutes fréquentes, l'institution d'un nouveau traitement.

DECLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE ET CARNET DE SOINS.-

Au cours de nos recherches, nous avons pu constater trop souvent l'absence de corrélation entre les responsables successifs du traitement (médecins à domicile, médecins d'hôpitaux et de sanatoriums).

Il nous semblait difficile d'entrevoir la possibilité de remédier à cette lacune fort regrettable sans accepter le principe de la déclaration obligatoire, tandis qu'un carnet de soins distribué au malade permettrait une continuité dans le traitement.

Ce sont là des vœux peut-être difficiles à réaliser, mais qui ne nous paraissent pourtant pas impossi-



bles à envisager de nos jours où le tuberculeux n'est plus un " paria " et se soigne presque toujours au sù de tous.

ALCOOLISME - INDISCIPLINE -

Quels que soient cependant les efforts réalisés dans un avenir plus ou moins proche, il subsistera hélas toujours un écueil d'importance : l'indiscipline qui prend parfois, chez certains malades, et surtout actuellement, des proportions alarmantes et inadmissibles.

Nous avons déjà insisté, au cours du Chapitre quatrième, sur les méfaits de l'alcoolisme et sur la fréquence regrettable de l'indocilité gratuite de certains pensionnaires.

Contre l'alcoolisme et l'inconduite, nous avons émis le vœu de sanctions non théoriques et plus efficaces qu'un simple transfert d'établissements. Nous n'y reviendrons pas, bien que nous attachions une importance capitale à cette question.

Contre l'indocilité, il n'y a aucune mesure possible, sinon l'éducation progressive du public (!). Il n'en demeure pas moins vrai cependant, qu'elle contribue notablement à contrecarrer les possibilités de la thérapeutique.

LE PROBLEME DES RECHUTES -

Cette question des rechutes nous conduit à entrevoir la troisième étape : la reprise d'activité après la cure.

Trop d'exemples recueillis chez les patients qui nous avaient été adressés pour rechutes semblaient prouver que pratiquement un nombre important d' " anciens malades " (surtout pour les régions rurales), négligeaient de se

faire suivre médicalement et radiologiquement.

La régression des pneumothorax thérapeutiques qui contraignaient le malade à des visites fréquentes, contribue aujourd'hui à faciliter cette négligence.

Ce problème est du ressort des Dispensaires et de leurs services sociaux.

Sans mésestimer le très beau travail accompli, nous pensons qu'il reste encore à faire un gros effort dans ce sens. Le contrôle permanent de l'état pulmonaire des " anciens malades " est essentiel : outre l'intérêt personnel du patient, il permet de juger à long terme de l'efficacité des thérapeutiques appliquées, ce test constituant, en définitive, le seul critère valable.

-:-:-:-:-

Vu :
Le Président :
signé : Et.BERNARD

Vu :
Le Doyen :
signé : L.BINET

VU
et Permis d'Imprimer
Le RECTEUR
de l'Académie de Paris.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE
=====

M. BARIETY.

Le rôle du dépistage systématique dans la lutte antituberculeuse et le traitement de la maladie tuberculeuse (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine - N° II & I2 - 1955 - 225-227)

M. BARIETY et Ch. COURY.

Le dépistage radiologique systématique des affections du thorax (son principe, ses modalités, son rendement) 1 volume 216 p. Masson Ed. Paris 1952.

M. BARIETY - G. POIX - J. BENETAUD-GIRARDOT .

La tuberculose et les examens radiologiques annuels (Presse Médicale, N° 65 - 1948 - p.778).

Et. BERNARD -

La streptomycine de Waksman après six années d'application au traitement de la tuberculose pulmonaire (Acta Phtisiologica, 1954 - I2 - I6-I9).

Et. BERNARD - B. KREIS - J. CHRETIEN - J.L. JULLIEN .

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les antibiotiques appliqués de façon très prolongée et continue (La Semaine des Hôpitaux, N° 6 - 22 Janvier 1955 - 307- 312)

Et. BERNARD.

Influence des nouvelles acquisitions de la thérapeutique sur l'orientation de la lutte antituberculeuse (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine - I953 - I37 - 282-289.)

Et. BERNARD - E. HAUTEFEUILLE - D. BERNARD .

Eléments de pronostic des lésions tuberculeuses minimales du poumon (Revue de la Tuberculose - I7 - I953 - 65I-660.)

Et. BERNARD - E. HAUTEFEUILLE - D. BERNARD .

Quelle conduite à tenir à l'égard des lésions tuberculeuses minimales du Poumon ? (Presse Médicale 11 Juillet I953 - 1001-1002.)

Et. BERNARD - G. POIX.

La déclaration obligatoire de la Tuberculose - (Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale - I953 - 1 - 55-73 .)

Et. BERNARD - Melle A. LOTTE - Jacques WEIL .

La notion d'âge phthisiogène - sa réalité, ses conséquences pratiques . (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine I954 - I38 - I69-I72.)

Et; BERNARD - A. LOTTE - J. FOUQUET .

La notion d'âge phthisiogène et son support statistique . (La Semaine des Hôpitaux- N° 6 - 22.I.55. 313-324.)

P. BOURGEOIS -

Tuberculose Pulmonaire et Pleurale - (Flammarion

Ed. Paris - p. 843.)

A. BRAWLY -

Alcoolisme et Tuberculose . Thèse Paris 1954 -
Dact. 34 p.

H. BROCARD -

Principes et application actuelle du dépistage
de la tuberculose pulmonaire - (Revue du Praticien -
Tome V - N°2 - 111-120.)

D. DOUADY et LARDANCHET .

A propos des aménagements des Sanatoriums pour
tuberculeux pulmonaires considérés en fonction de l'évo-
lution thérapeutique - (Techniques Hospitalières, N° 81
1952 - 33-36.)

H.E.M. DUPONT .

L'alcoolisme facteur d'indiscipline, obstacle au
traitement de la Tuberculose - Thèse - Paris 1952 - dact.
47 p.)

P. PERRIN .

Alcoolisme et Tuberculose - (La Santé de l'Hom-
me N° 85 - 1954 - 117-118.)

G. POIX .

Alcoolisme et tuberculose - (Supplément à la
Presse Médicale N° 43 - 1954 - 221.)

E. RIST .

Les récents progrès de la phtisiothérapie doivent-

ils faire reconsidérer la structure de notre armement antituberculeux ? (Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine - N° 11-12 - 1955 - 222-225.)

SULLY LEDERMANN.

Tuberculose et alcoolisation excessive - (Acta Phtisiologica - Octobre 1955 - 9-23.)

P. ZIVY .

Tuberculose des alcooliques et Alcoolisme des Tuberculeux. (Acta Phtisiologica - Octobre 1955 - 2.8.)

-:-:-:-:-:-:-:-

TABLE DES MATIERES
=====

	<u>pages</u>
<u>INTRODUCTION</u>	I2
<u>CHAPITRE PREMIER</u>	
Le Recrutement . Mouvements des Mala- des au Sanatorium.	I6
Notes Bibliographiques concernant le Chapitre Premier	26
<u>CHAPITRE DEUXIEME</u>	
Comment nous parviennent les Malades. Les modalités du diagnostic.....	29
Notes bibliographiques concernant le Chapitre Deuxième	47
<u>CHAPITRE TROISIEME</u>	
L'état médical des Entrants	50
Notes Bibliographiques concernant le Chapitre Troisième	87
<u>CHAPITRE QUATRIEME</u>	
Evolution psychologique de l'Entrant	92
Notes bibliographiques concernant le Chapitre Quatrième	99
<u>CONCLUSION</u>	I02
<u>BIBLIOGRAPHIE GENERALE</u>	I09

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à
favoriser les crimes.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes frères si j'y manque.

